Antropologia Mèdica



EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN Y SALUD

Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales

Josep M. Comelles
Enrique Perdiguero-Gil
(coords.)




MA
RC
MEDICAL
ANTHROPOLOGY
RESEARCH
CENTER

EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN Y SALUD

Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales

Coordinado por
Josep M. Comelles
Enrique Perdiguero-Gil



Tarragona, 2017

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat


1.ª edición: junio de 2017
ISBN (papel): 978-84-8424-518-6
ISBN (PDF): 978-84-8424-582-7
ISBN (EPUB): 978-84-8424-588-9
ISBN (MOBI): 978-84-8424-589-6

DOI: 10.17345/9788484245186
Depósito legal: T 542-2017

Fotografía de cubierta: *Here's true health*. Peter's Ice Cream Advertisement, 1930, 272642PD, State Library of Western Australia (https://goo.gl/jMte1j)



 Cita el libro.

 Consulta el libro en nuestra web.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropologia Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

PRESENTACIÓN

Enrique Perdiguero-Gil
Universidad Miguel Hernández de Elche

Josep M. Comelles
Medical Anthropolgy Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

La relación de la medicina con sus públicos es muy compleja y va más allá de la habitual en el caso de otras ciencias (Nieto-Galán, 2011). La medicina al dirigirse a la población, pretende, en muchas ocasiones, acompasar sus comportamientos a los dictados de los profesionales sanitarios para retrasar la muerte, prevenir la enfermedad, o mejorar la salud. Esta compleja relación en la que los detentadores de la ciencia, sea esta clásica o experimental, aconsejan o fuerzan —en mayor o menor medida— a la población para que adopte determinadas conductas siempre ha tenido cierta vertiente educativa. Con la generalización de la educación universal y obligatoria y la extensión de los sistemas sanitarios en Occidente, los dispositivos educativos y asistenciales fueron alcanzando a gran parte de la población y y se pusieron en marcha acciones organizadas sistemáticamente en relación con la educación y la salud. Con anterioridad, los médicos se dirigieron a la población para aconsejarla o imponerle determinados modos de ver la salud y la enfermedad en el contexto de la relación médico paciente o mediante el empleo, en un primer momento, de la comunicación escrita, posteriormente de los medios de comunicación de masas.

El papel persuasor o educador del médico estuvieron presentes en distintos escritos hipocráticos, en general destinados a convencer a sus colegas de la necesidad de esa tarea. En es el caso de *Peri diaites* (Tratados Hipocráticos III, 1986: 19-116) en torno al debate sobre la *diateia*, traducida al latín como *regimen*. Hipócrates proponía la asunción por los ciudadanos de un conjunto de reglas de vida saludables que no solo

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 7–16. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

remitían a la alimentación sino también al ejercicio físico, pero siempre bajo el criterio que ese modo de vida debía adaptarse a las condiciones ambientales locales (Comelles, 2013). Estas prescripciones propias de la Antigüedad Clásica (González de Pablo, 1990: 70-75) y que abarcaban todos los órdenes de la vida del ser humano, tuvieron su continuidad en el Medievo. De especial interés fueron los *regimina sanitatis*, dirigidos a la realeza (Paniagua, 1980; Arnaldi de Villanova, 1996) y a nobles que podían permitirse gobernar su modo de vida para evitar la enfermedad y alcanzar la longevidad. Con variaciones, y con una presencia más individualizada del ámbito alimentario, este tipo de literatura continuó durante la Edad Moderna (González de Pablo; 1990: 86-110; Ruiz Somavilla, 1993), si bien las clases acomodadas seguían siendo sus principales destinatarias. Parte de este saber puede recuperarse en forma de proverbios y refranes *folk* acuñados durante largo tiempo a partir de la interacción de los médicos con la población.

Los consejos no solo se centraron en la manera de ordenar la vida para gozar de mejor salud y diferir la muerte. Ante el peligro epidémico también menudearon obras que trataban de ofrecer medidas para evitar los fallecimientos, por ejemplo, el *Regiment preservatiu e curatiu de la pestilència* (Alcanyís, 2008), el inédito del Licenciado Vázquez, sobre la peste (De la Peña, 2012) o los numerosos folletos editados a propósito del cólera (Cartilla de salud, 1834; Cartilla de instrucción popular, 1884).

Junto a este tipo de obras, centradas en consejos, también debemos considerar la literatura dedicada a combatir los «errores populares» y las supersticiones relacionadas con la salud, y cuya influencia fue notoria desde finales del siglo xvi (De Rocher, 1989; Coste, 2002; Waisbeinn, 2005a, 2005b)[1] y, especialmente, a lo largo del siglo xix y principios de xx como modo de relación entre médicos y población (Hurtado, Martínez, 1821; Perdiguero-Gil, Bernabeu-Mestre, 1997). Estos trabajos señalaban la ignorancia, como fuente habitual de los errores, con un marcado componente moral, pues quienes los cometían se negaban al «imperio de la razón». Según los autores de estos tratados las gentes se equivocaban porque preferían mantenerse en la ignorancia, por lo que se hacía necesario mostrar la senda correcta desterrando los malos hábitos.

1 Para mayores precisiones ver el capitulo de Josep M. Comelles en esta misma obra.

En algunos de los textos sus autores reclamaban, también, que los médicos revisasen algunas de sus prácticas, consideradas erróneas (Rodríguez López, 1896: 8).

Las recopilaciones sobre «folklore médico», que se desarrollan desde finales del siglo xix (Comelles, 1996, 2016) tuvieron, junto a la finalidad de preservar el registro de los modos de vida populares, un interés de lucha contra el «error popular» (Perdiguero-Gil, Comelles, 2014). Algo de este modelo de entendimiento de la conducta «popular» queda en la actualidad cuando ante un problema de salud se alude a la «falta de cultura» de la población. Esta es considerada como un adversario, un enemigo, a la que hay que mostrar sus errores y responsabilizarla de la gestión de salud, en muchas ocasiones, sin ninguna referencia al contexto social. Las manidas afirmaciones sobre la «vida sana» suelen verterse, estereotipadamente, sobre todo tipo de estratos poblacionales, sin tomar en consideración las grandes diferencias que existen en lo que respecta a las posibilidades de adoptar «conductas saludables», algo que el propio Hipócrates ponía en tela de juicio, al entender que debían adaptarse a las circunstancias locales.

Todos los géneros literarios comentados tenían como limitación una audiencia individual y alfabetizada, en un contexto de elevadas tasas de analfabetismo, aunque no hay que desdeñar, en algunos casos, el papel de las prácticas de lectura grupal. A lo largo del siglo xix, según fue aumentando el interés por escolarizar a toda la población infantil, se introdujeron en los textos dedicados a la enseñanza temas relacionados con el conocimiento del cuerpo humano, que incluían contenidos sobre el mejor modo de conservar la salud y el aprendizaje de prácticas higiénicas (Perdiguero-Gil, 1995; Perdiguero-Gil, Castejón, 2010). La prensa fue accesible para sectores cada vez más amplios de la población, y con ella llegaron formas de divulgación convencionales y un nuevo modo de «consejo»: la publicidad. En ella, a través del uso de un lenguaje que mezclaba lo científico con lo popular, las empresas alimentarias y farmacéuticas, ofrecían sus productos, creando un «mercado de la salud» que generaba y respondía a la preocupación por la mortalidad infantil, por retrasar la muerte y por gozar de una vida libre de enfermedad (Perdiguero, 1994, 2012). El peso de la publicidad farmacéutica hasta los años cincuenta del siglo xx en la prensa escrita es notable en la mayoría de países.

En el ámbito sanitario, las campañas que tenían como objetivo la lucha contra las enfermedades más extendidas, accediendo al mayor número de población posible, confiaron, cada vez más, en el poder educati-

vo de los medios de comunicación de masas, desde el cartel (Castejón, Perdiguero, Piqueras, 2012) hasta el cinematógrafo (Perdiguero, Ballester, Castejón, 2007a), pasando por la radio (Bernabeu-Mestre, Trescastro-López, Galiana-Sánchez, 2011; Bernabeu-Peiró, 2015), en el contexto de lo que se denominó, al menos en España, «propaganda sanitaria» (Perdiguero, Ballester, Castejón, 2007b). En otros contextos, en especial en el anglosajón, se comenzó a hablar de *health education* y fueron publicándose los primeros tratados sobre la materia (Sorensen, 1987). Las acciones educativas para mejorar el estado de salud adquirieron, paulatinamente, mayor importancia.

En el mundo desarrollado el patrón epidemiológico fue cambiando (Bernabeu-Mestre, 2015) y las enfermedades infecciosas, aquellas que fueron objeto de las campañas sanitarias de la primera mitad del siglo xx, dieron paso a enfermedades crónicas y degenerativas en las que la influencia de los comportamientos poblacionales es mucho mayor. Por ello, desde la segunda mitad de la centuria se pusieron en marcha iniciativas por parte de organismos internacionales (Modolo, Mamon, 2001) en los que la escuela fue alcanzando mayor protagonismo (Terrón, Comelles, Perdiguero-Gil, 2017). La necesidad de llegar a la población de forma eficaz provocó la búsqueda de herramientas conceptuales y metodológicas que superasen las insuficiencias de enfoques como la lucha contra los «errores» o los meros consejos que no tienen en cuenta el contexto de quienes los reciben. El concurso de la Antropología Social en el seno del *Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria* de Perugia fue un ejemplo precoz de la colaboración entre la Salud Pública y la Antropología Médica (Bartoli, 1989; Comelles, Riccò, Perdiguero-Gil, 2014).

Las iniciativas de la OMS de finales del siglo pasado, poniendo el énfasis, primero en la «educación para la salud» y, posteriormente, en la «promoción de la salud»,[2] son testimonio del valor que fue adquiriendo lo que lo población puede hacer por su propia salud, más allá del concurso de los sanitarios. Estos planteamientos han sido considerados por algunos como resultado de una evolución (Salleras, 1985: 52-65) de conceptos y métodos, a partir de las anteriores versiones desde la «propaganda sa-

2 Significativo es que la *International Union for Health Education* (Union International pour l'education sanitaire populaire) creada en 1951 cambiara su denominación a *Intenational Union for Health Promotion an Education*, y que el centro perusino haya pasado a denominarse *Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria*.

nitaria» a la «educación sanitaria» (Perdiguero-Gil, 2015), en el que lo individual deja paso a lo ambiental y lo socioeconómico. En otros casos se ha considerado este tránsito como una ruptura, a veces, como resultado de la necesidad de establecer identidades profesionales.

En todo caso, a pesar de la gran importancia que los nuevos planteamientos otorgan al contexto en el que los individuos viven para abordar la mejora de la salud desde el reconocimiento de los determinantes de salud de todo tipo, también se ha favorecido el énfasis en la responsabilidad individual desde una perspectiva culpabilizadora y, cada vez más, estigmatizadora. La paradoja está en que si bien esta línea discursiva se convierte en hegemónica y buena prueba de ello son los efectos que ha tenido en la educación nutricional o en la lucha contra determinados hábitos sociales, en el ámbito de la acción sanitaria, la centralidad del modelo hospitalario no solo continua, sino que se ha visto incrementada con el imparable crecimiento del uso de la tecnología en el diagnóstico y el tratamiento, que favorece la concentración del gasto sanitario en dispositivos con escasa relevancia en la salud de la comunidad. Así, para el caso de España, en plena crisis económica, si en 2008 el gasto en asistencia hospitalaria y especializada concentraba el 55,2 % del conjunto del gasto sanitario público (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012: 44), en 2014 supuso un 61,4 % (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016: 5). A los servicios de Atención Primaria, Salud Pública y colectivos se dedicó el 19,7 en 2008; en 2014 disminuyó al 18,5%. No parece que la educación y la promoción de la salud sean una prioridad a pesar de la retórica que está presente en muchos mensajes comunicativos. En este contexto, reflexionar sobre comunicación, educación y salud es, quizá, más importante que nunca, teniendo en cuenta, además, la enorme expansión medios de comunicación como la televisión o los basados en las tecnologías 2.0, que permiten que el acceso a los conocimientos sobre salud sea ubicuo.

El propósito de este libro es aportar elementos a esta reflexión desde las ciencias humanas y sociales. Su origen es el encuentro que se celebró, en septiembre de 2015, en la Escuela de Salud Pública de Menorca sobre «Educación, promoción de la salud y comunicación. Perspectivas desde la historia y las ciencias sociales». Algunas de las ponencias allí presentadas, reelaboradas y sometidas al habitual proceso de revisión, por parte de los compiladores y evaluadores externos, constituyen el contenido del libro. Los diferentes capítulos provienen de la labor de investigación de diversas

disciplinas: Antropología Social, *Communication Studies*, Historia de la Educación e Historia de la Medicina, lo que permite tener una visión amplia y variada de los complejos factores que intervienen en los procesos de educación y comunicación sobre salud.

La primera parte de la obra está dedicada al estudio de la «educación sanitaria» (aún no había surgido la «educación para la salud») durante el franquismo y la transición democrática en España. La mayor parte de las contribuciones parten de las ponencias elaboradas en el contexto del proyecto de investigación «De la propaganda sanitaria a la educación para la salud. Ideología, discursos y saberes en la España de Franco» (1939-1975) financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (HAR2012-34588). En su reelaboración para este libro se han tenido en cuenta las investigaciones en curso, también financiadas por el Ministerio de Economía y Competitividad y por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional —FEDER— «Una manera de hacer Europa» (HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO/FEDER, UE]), a través del proyecto «Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención».

La segunda parte se centra en estudios que abordan el problema de la alimentación desde las perspectivas de la Antropología Médica y la Comunicación, tomando en consideración desde la prensa a la Web 2.0. Es, precisamente, la importancia de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información en la gestión de la salud el objeto de los estudios que constituyen la tercera parte del libro.

Una cuarta parte se ocupa de diversos aspectos de los procesos comunicativos, en este caso, a nivel individual, en el ámbito de la salud mental.

Bibliografía

Arnaldi de Villanova (1996). *Opera Medica Omnia. Vol. X.1. Regimen sanitatis ad regem Aragonum.* Editado por Luis García-Ballester, Juan Antonio Paniaguna y Michael R. McVaugh. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Alcanyís, Lluís (2008). *Regiment preservatiu e curatiu de la pestilencia.* Edición crítica de Jon Arrizabalaga. Barcino: Barcelona.

Bartoli, Paolo (1989). «Antropología en la Educación Sanitaria». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya,* 7: 17-24. [Consultado el 17/03/2016].

Bernabeu-Mestre, Josep (2015). «Procesos transicionales y dinámicas de salud en la España de la segunda mitad del siglo xx». En: Perdiguero-Gil, Enrique (ed.), *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche (Alicante): Editorial de la Universidad Miguel Hernández de Elche, *eBook*, Cap. 1. [Consultada el 17/03/2016].

Bernabeu-Mestre, Josep; Trescastro-López, Eva; Galiana-Sánchez, Mª Eugenia (2011). «La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)». *Salud Colectiva*, 7(Supl 1): S49-S60. [Consultado el 17/03/2016].

Bernabeu-Peiró, Àngela (2015). «La divulgación higiénico-sanitaria en los inicios de la radio española (1933-1957)». *Historia y Comunicación*, 20(1): 223-240. [Consultado el 17/03/2016].

Cartilla de instrucción popular con los preceptivos higiénicos y medios preservativos para el cólera con exposición de los primeros auxilios que hay que prestar al enfermo interín la llegada del médico. Publicada por la Junta de Sanidad Provincia de Zaragoza (1884). Zaragoza: Imprenta del Hospicio Provincial. [Consultada el 17/03/2016]

Cartilla de Salud y preservativo del cólera-morbo, que de acuerdo con la Real Academia de Medicina y Cirujia de Galicia y Asturias, publica la Junta Superior de Sanidad del Reino (1834). Coruña: Imprenta de Iguereta. [Consultada el 17/03/2016].

Castejón Bolea, Ramón; Perdiguero Gil, Enrique; Piqueras Fernández, José Luis (2012). *Las imágenes de la salud: cartelismo sanitario en España (1910-1950).* Alicante. Madrid: Instituto Alicantino de Cultura «Juan Gil-Albert». Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Comelles, Josep M. (1996). «Da superstizione a medicina popolare. La transizionae da un concetto religioso a un concetto medico». *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Mèdica*, 1–2: 57–87.

Comelles, Josep M. (2013). «De la ripaille comme excès à l'obésité comme péché». En: Fischler, Claude (ed.), *Les alimentations particulières. Mangerons-nous encore ensemble demain?* Paris: Editions Odile Jacob, 164-189.

Comelles, Josep M. (2016). «From superstition to folk medicine The transition from a religious to a medical concept». *Medicine Anthropology Theory*, 3(2): 269–305. [Consultado el 17/03/2016].

Comelles, Josep M.; Brigidi, Serena (2014). «Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in Medical TV shows». *Actes d'Història de lla Ciència ii de lla Tècnica*, 7: 17–34. [Consultado el 17/03/2016].

Comelles, Josep M.; Riccò, Isabella; Perdiguero-Gil, Enrique (2014). «Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne». *Curare*, 37(2): 85–99.

Coste, Joël (2002). *La littérature des «Erreurs populaires»: une ethnographie médicale à l'époque moderne*. Paris: Honoré Champion.

De la Peña Barroso, Efrén (2012). «Un *regimen sanitatis* contra la peste: el tratado del Licenciado Vázquez». *Asclepio*, LXIV(2): 397-416. [Consultado el 17/03/2016].

De Rocher, Gregory (1989). «Introduction». En: Joubert, Laurent. *Popular Errors*. Tuscaloosa: University of Alabama Press, xiii-xxvi.

González de Pablo, Ángel (1990). «La dietética para el hombre sano en el pensamiento médico del mundo moderno». *Asclepio*, XLII(1): 69-117.

Hurtado de Mendoza, Manuel; Martínez Caballero, Antonio (1821). «Errores en Medicina». En: *Suplemento al Diccionario de Medicina y Cirugía del Profesor D. Antonio Ballano*. Tomo II. E-M. Madrid: Viuda de Barco López, 60-70. [Consultado el 17/03/2016].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. SNS 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado el 17/03/2016].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Estadística del gasto sanitario público 2014: principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado el 17/03/2016].

Modolo, Maria Antonia; Mamon, Joyce (eds.) (2001). *A Long Way to Health Promotion Trough IUHPE Conferences, 1951-2001*. Perugia: Interuniversity Experimental Centre for Health Education. University of Perugia.

Nieto- Galán, Agustí (2011). *Los públicos de la ciencia*. Madrid: Marcial Pons.

Paniagua Arellano, Juan Antonio (1980). *El maravilloso regimiento y orden de vivir: una versión castellana del «Regimen sanitatis ad regenm aragonum», Arnau de Vilanova, m. 1311*. Zaragoza: Cátedra de Historia de la Medicina.

Perdiguero, Enrique (1994). «La oferta de medicación a la población en la España de la Restauración a través de la prensa periódica: el caso de Alicante (1875-1879)». En: Carrillo, Juan Luis; Olagüe de Ros, Guillermo (eds.) *Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina*. Sevilla: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 729-751

Perdiguero-Gil, Enrique (1995). «Popularización de la Higiene en los manuales de economía doméstica en el tránsito de los siglos xix al xx». En: Barona, Josep Lluís, (ed.) *Malaltia i cultura*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Universitat de València, 225-250.

Perdiguero-Gil, Enrique (2012). «La creación de un nuevo mercado alimentario en España: las vitaminas en la prensa periódica (1917-1950)». *Nutrición Hospitalaria*, 27 (suplemento 2): 10-17. [Consultada el 17/03/2016].

Perdiguero-Gil, Enrique (2015). «La "educación sanitaria" en el ideario médicosocial del franquismo a través de la revista SER». En: Perdiguero-Gil, Enrique (ed.) *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche (Alicante): Editorial de la Universidad Miguel Hernández de Elche, *eBook*, Capítulo 8. [Consultada el 17/03/2016].

Perdiguero, Enrique; Ballester, Rosa; Castejón, Ramón (2007a). «Films in Spanish Health Education: The Case of Child Health (1928-1936)». *Higyea Internationalis*, 6(2): 69–97. [Consultada el 17/03/2016].

Perdiguero Gil, Enrique; Ballester, Rosa; Castejón, Ramón (2007b). «La propaganda sanitaria en España en la II República: la Sección de Higiene Social y Propaganda de la Dirección General de Sanidad». En: Campos, Ricardo; Montiel, Luis, Huertas, Rafael (eds.) *Medicina, ideología e Historia en España (siglos xvi-xxi)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 303-316.

Perdiguero-Gil, Enrique; Bernabeu-Mestre, Josep (1997). «"Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana". El papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración». En: Montiel, Luis; Porras, María Isabel (eds.) *De la Respon-*

sabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad. Madrid: Doce Calles, 55-66.

Perdiguero-Gil, Enrique; Castejón Bolea, Ramón (2010). «Popularising right food and feeding practices in Spain, 1900-1950. The handbooks of domestic economy». *Dynamis*, 30: 141-165. [Consultada el 17/03/2016].

Perdiguero-Gil, Enrique; Comelles, Josep M. (2014). «Medicina popular, compromiso profesional y educación para la salud en España». *Scripta ethnologica*, 36: 7-41. [Consultado el 17/03/2016].

Ruiz Somavilla, María José (1993). *El cuerpo limpio. Análisis de las prácticas higiénicas en la España del mundo moderno*. Málaga: Universidad de Málaga.

Salleras Sanmartín, Luis (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.

Sorensen, Elaine Shaw (1987). «Clair E. Turner: Pioneer in Health Education 1890-1974», *Health Education*, 18(1): 37-39.

Tratados Hipocráticos III (1986). «Sobre la dieta». Madrid: Gredos, 19-116.

Terrón, Aida; Comelles, Josep M.; Perdiguero-Gil, Enrique (2017). «Schools and Health Education in Spain during the Dictatorship of General Franco (1939-1975)». *History of Education Review*, 46(2): (en prensa).

Waisbeinn, Daniel (2005a). «Introducción». En: Browne, Thomas. *Sobre errores vulgares o Pseudodoxia Epidemica.* Madrid: Siruela, 17-30.

Waisbeinn, Daniel (2005b). «La vida de Thomas Browne». En: Browne, Thomas. *Sobre errores vulgares o Pseudodoxia Epidemica.* Madrid: Siruela, 35-58.

PRIMERA PARTE
EDUCACIÓN, POPULARIZACIÓN Y SALUD. UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

DE LOS ERRORES DEL PASADO A LAS PREOCUPACIONES DEL AHORA. CLÍNICA, ETNOGRAFÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA[1]

Josep M. Comelles
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: Este capítulo examina los conceptos que los médicos han utilizado para clasificar sus observaciones etnográficas y clínicas sobre la demanda de sus pacientes y sus signos y síntomas en contextos culturales diversos. Desde los «errores médicos o vulgares» y las «preocupaciones» empleados desde el Renacimiento, los médicos han desarrollado conceptos para clasificar la patología: como la «patología étnica», «comparada», «histórico-geográfica» entre otras hasta llegar a conceptos actuales como *ethnic disorders*, *culture bound syndroms* o *medical concerns*. Esta terminología se combina con el concepto de *folk medicina*, desarrollado para identificar áreas culturales. Se analiza el significado de esos conceptos y sus implicaciones en la observación clínica, el diagnóstico y el tratamiento así como su papel en la relación entre médicos, pacientes y las redes de estos, y en la educación sanitaria. El apunte final hace referencia a la ruptura que significa el *medical concern* como uno de los efectos sobre la población de las plataformas 2.0 en el ámbito de la salud.

1 Este capítulo es fruto de tres proyectos, CSO2012-31323 (Ministerio de Econmía y Competitividad), «Comer en tiempos de 'crisis': nuevos contextos alimentarios y de salud en España», dirigido por M. Gracia, HAR2012-3488 (Minsterio de Economía y Competitividad) «De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)», dirigido por E. Perdiguero-Gil y HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO/FEDER, UE] (financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional —FEDER— «Una manera de hacer Europa») «Reforma sanitaria y promocion de la salud en el tardofranquismo y la transicion democratica: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención» dirigido por Enrique Perdiguero-Gil. Mi agradecimiento a Enrique Perdiguero, Mabel Gracia, Tullio Seppilli, Manfred Egbe, Elisa Alegre e Isabella Riccò. A Pol Comelles la traducción y la síntesis de la bibliografía alemana.

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 19–57. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

Palabras clave: antropología médica, historia de la antropología, nosología, educación sanitaria, educación para la salud, promoción de la salud, medicalización

From the Errors of the Past to the Health Concerns of Today: Clinical Practice, Ethnography and Health Education

Abstract: This chapter examines the concepts that doctors have used to classify their ethnographic and clinical observations regarding their patients' demands, signs and symptoms in diverse cultural contexts. Ever since the «medical or vulgar errors» and the «concerns» used since the Renaissance, doctors have classified pathology by developing concepts such as «ethnic», «compared», «historical-geographical pathology» among others, before arriving at contemporary concepts such as *ethnic disorders*, *culture bound syndroms* or *medical concerns*. This terminology combines with the concept of *folk medicine*, which was developed to identify cultural areas. The chapter analyses the meaning of these concepts and their implications in clinical observation, diagnosis and treatment and their role in the relationships between doctors, patients and networks of these, and in health education. It concludes with a discussion of *medical concern* as one of the effects on the population of 2.0 platforms in the health ambit.

Keywords: medical anthropology, history of anthropology, nosology, health education, health promotion, folkmedicina, medicalization

Demanda, diagnóstico y asistibilidad

En los procesos asistenciales de los pacientes, la «demanda de atención» —que incluye el autodiagnóstico, la detección y la asistibilidad de cuanto se considere «trastorno» en su red social—,[2] es la consecuencia del reconocimiento, pautado culturalmente, de signos y síntomas (Comelles, 1997) y tanto para los médicos como para los propios enfermos «es muy necesario que incluso los que no acudieron a médicos, que estaban enfermos y se curaron, sepan lo que hicieron o no hicieron para curarse» (Tratados hipocràticos I, 1990: 112) y cómo decidieron tratarse:

> con el ayuno o abundante alimentación, con abundante bebida o con sed, o con baños o con abstenerse de ellos, con ejercicios o con reposo, con sueños o con insomnio, o bien con una mezcla de todo eso. Y al haber experimentado mejoría les es muy necesario haber conocido qué fue lo que les benefició, cuando sufrieron daño qué fue lo que les dañó al experimentar el daño (Tratados hipocràticos I, 1990: 112).

La razón de tal interés es la necesidad de los médicos por saber por qué,

> muchos enfermos se han curado sin acudir a un médico […] es posible […], no en el sentido de saber lo que es correcto o lo no correcto en ella, sino en lo de conseguir éxito tratándose a sí mismos del mismo modo como los hubieran tratado de haber acudido a médicos. Precisamente eso es un gran testimonio a favor de la realidad de la ciencia, de que existe y es grande, de que se vea que incluso los que no creen en ella se salvan gracias a ella (Tratados hipocràticos I, 1990: 112).

Eso no es un obstáculo para que el médico deba estar atento a los «errores de los enfermos, que muchas veces te engañan en cuanto a la toma de las cosas prescritas y que, por no tomarse pociones desagradables u otros medicamentos o tratamientos, son llevados a la muerte. Y […] no se inclinan a reconocer lo que han hecho, sino que es al médico al que culpan» (Tratados hipocràticos I: 1990, 112). Lo hacen porque, «actúan con sano entendimiento y con cuerpo saludable, tomando en consideración el caso presente y aquellos otros del pasado que se le presentaron con

2 [Nota de los editores] El concepto «red social» en castellano traduce el *social network* que se utiliza en ciencias sociales. El uso actual de «redes sociales» (*social media*) para denominar a las plataformas 2.0 induce a confusión y por eso lo distinguimos en el texto como *social media*.

iguales síntomas, de modo que pueden decir cómo se pusieron a salvo a los que trataron en otras ocasiones» (Tratados hipocràticos I, 1990: 114).

Los ciudadanos toman decisiones respecto a su asistibilidad, pero el escrito hipocrático destaca que no siempre es fruto de la razón, puesto que aceptan prácticas de «magos, purificadores, charlatanes y embaucadores que se dan aires de ser muy piadosos y de saber de más», que sacralizan la dolencia, cree que engañan y los contrapone, con ejemplos etnográficos, a «su» medicina (Tratados hipocràticos I, 1990: 401-402), pero,

> Es fundamental […] que el que habla de este arte diga cosas inteligibles para los profanos, ya que no le compete ni investigar ni hablar de algo distinto a las dolencias que ellos mismos padecen y sufren. […] a ellos, por ser profanos, no les resulta fácil comprender sus propias enfermedades, como se producen y cesan y por qué causas crecen o disminuyen; pero si es otro el que lo ha descubierto y se lo explica, les es comprensible porque […] al escuchar, no tiene más que recordar lo que le sucede a sí mismo. Y si se falla en hacerse comprender por los profanos, y no se les pone en tal disposición, se está fuera de la realidad (Tratados hipocràticos I, 1990: 139) .

Las observaciones hipocráticas sobre las relaciones entre los médicos y la cultura *folk* de su tiempo siguen vigentes. Tal como Hipócrates lo expresó, su proyecto incluía una estrategia destinada a promover su hegemonía «cultural» frente al pluralismo asistencial. Posteriormente, para alcanzarla, muchos médicos pretenden persuadir a la sociedad, cara a cara o mediante la escritura, la educación formal y la sanitaria, los medios de comunicación y actualmente las plataformas 2.0. de las ventajas de «su» medicina en un contexto de pluralismo. Sus herramientas de conocimiento combinaron, desde una perspectiva histórica, una «mirada clínica» y una «etnográfica» indispensables para elaborar los conceptos con los que describir y gestionar la diversidad cultural local, articular con ella su saber experto y alcanzar la hegemonía sobre la diversidad infinita de los saberes *folk*.[3] Desde el Renacimiento, una parte de esta acción se conoce como «popularización» y se ha beneficiado de distintas tecnologías de mediación: soportes impresos y gráficos, publicidad y propaganda, políticas de educación médica y sanitaria y, más recientemente, los medios de comu-

3 He agrupado, en tablas, obras fundamentales o menores que me parecen significativas, sin ánimo de exhaustividad. Muchas fueron traducidas a varias lenguas. He utilizado *Google Books* e *Internet Archive* para obtener los enlaces de las versiones digitalizadas.

nicación de masas, la educación y promoción para la salud y, finalmente, Internet y las plataformas 2.0.

Este capítulo describe, a partir de un criterio cronológico, el uso y el significado de parte de la terminología que los médicos desarrollaron para clasificar las «demandas» expresadas por la población, el modo como los profesionales las recogen y denominan, así como sus formas de etiquetado de los saberes *folk*. Cada una de las partes se apoya en ejemplos de publicaciones —sin ánimo de exhaustividad—, que por su accesibilidad digital permiten ilustrar los argumentos que sostengo.

Demanda, errores y supersticiones

> La falta de experiencia es mal tesoro y pobre despensa para los que la tienen […] Y dos cosas distintas son la ciencia y la opinión, de las cuales una produce conocimiento y la otra ignorancia (Tratados Hipocráticos, 1: 112).

Hipócrates era consciente, como otros escritores clásicos, de la distancia que hay entre lo «visto» y lo «oído». No cabe ninguna duda que la medicina hipocrática partía de la hegemonía de lo visto, matizado por la experiencia, que siempre es intersubjetiva. Sin embargo, el relato patográfico no deja de ser una narrativa y eso exigía romper las barreras de la diversidad lingüística. Por eso, Jean-Baptiste Munaret (1840:37) afirmó que el médico rural «doit jargonner le dialecte du canton où il habite, parce que la majorité des paysans n'entendent rien à la langue de leur nation, et avec ceux qui la savent mais qui refusent de la parler, il faut absolument du patois, pour les apprivoiser».[4] Usar la lengua local para «domesticar campesinos» no era nuevo, Jaime d'Agramont ([1348] 1971) y Lluís de Alcanyís ([1490] 1999) lo tuvieron en cuenta al escribir en catalán —y no en latín—, sus *regiments* de la peste y Andrew Boorde (1587) y Laurent Joubert (1578, 1586) en inglés y francés respectivamente, sus libros fundacionales de popularización médica (Carlino, Jeanneret, 2009; Fissell, 1992). Hacían suya la idea, como más tarde Munaret que el profano, el *paysan,*

4 [T: «debe chapurrear el dialecto de la comarca donde vive, porque la mayoría de los campesinos no entienen nada de la lengua de su nación, y con los que la saben pero se niegan a hablarlo, es absolutamente necesario el *patois,* para domesticarles].

> curieux, questionneur même avec son médecin ; il veut savoir le nom et l'histoire de la maladie pour laquelle vous êtes consulté. Hâtez-vous de lui répondre et de vous faire comprendre, car l'art de se rendre intelligible s'applique à tout […] et comme il est un des meilleurs moyens de persuasion, il doit être une des premières études du médecin. S'agit-il d'une gastro-entérite, par exemple, dites-lui d'abord que c'est l'inflammation de la poche de son estomac et du dedans de ses boyaux; justifiez vos agents de guérison avec le même style, et n'omettez pas d'ajouter en terminant : les médecins appellent cette maladie une gastro-entérite (Munaret, 1840 :40).[5]

Para persuadirlo es también necesario atender a «la forma de sentarte, la compostura, el atuendo, el porte de autoridad, la parquedad de palabras, la actitud serena, la atención constante, la dedicación, la réplica a las objeciones, el dominio de ti mismo ante las dificultades que surjan, la severidad para dominar la situación en momentos de alarma y la prontitud para actuar» (Tratados hipocràticos I, 1990: 207) y,

> mon ami, (le médecin) doit converser familièrement avec les paysans et échanger d'une façon digne et cordiale, une poignée de main avec le père de famille qui l'aborde où le quitte; au besoin même il ne doit pas dédaigner la frugale hospitalité qui l'attend au terme d'une course longue et pénible. Assis à la table boiteuse et près de l'âtre rustique, c'est pour sa philanthropie une favorable occasion d'instruire ces bonnes gens, groupés silencieusement autour de son escabelle. Oh !, c'est alors que le ministère du médecin de campagne est sublime (Munaret, 1840 : 39).[6]

porque en el siglo xix, el médico era un,

> Apôtre de la civilisation, il leur (aux paysans) épèle les devoirs réciproquement sacrés du père à l'enfant, du citoyen au pays, du cœur avec le doux lien des familles, de l'âme qui pense avec ses destinées ; il ébranle d'une main

5 [T: «curioso, preguntón con su médico: quiere saber el nombre y la historia de la enfermedad que les ha llevado a la consulta. Esforzaros por haceros comprender porque el arte de ser inteligible se aplica a todo […] y como es una de las principales herramientas de persuasión, debe estar entre los primeros estudios del médico. Si tratáis una gastroenteritis, decidle que es una inflamación del buche; justificad vuestros agentes de curación del mismo modo y no olvidéis añadir: los médicos llaman a esta enfermedad una gastroenteritis.»].

6 [T: «Amigo mío (el médico) debe charlar con familiaridad con los campesinos y dar la mano al padre de familia al llegar y al despedirse; a veces no debe rechazar la hospitalidad frugal que le espera tras un viaje largo y penoso. Sentado ante una mesa mal calzada, cerca del rústico hogar, es la ocasión buscada por su filantropía para instruir as esas buenas gentes, que le escuchan silenciosos sentados en sus taburetes. Es en ese instante que el ministerio del médico rural es sublime.»].

> prudente le tronc de certains préjugés relatifs à la santé, et quand il le juge suffisamment ébranlé, d'une main ferme il l'arrache; il signale les coutume nuisibles, la superstition qui les encroûte. Et si du bon grain qu'il a semé dans le champ encore inculte de leur intelligence, poussent quelques épis que la société pourra récolter, voilà sa récompense (Munaret, 1837: 39).[7]

La referencia a los *prejugés* o a la superstición no era flor de un día (Comelles, 1998b). Munaret tiene una vocación política —que le llevará lejos en la jerarquía médica francesa de su época— y de hegemonía en el seno del pluralismo asistencial, cuyas raíces remiten directamente a los «Tratados Hipocràticos» y a la denuncia de «errores vulgares» y de «supersticiones». Su libro, *Du médecin des villes au médecin des campagnes*, es un manual destinado a médicos que van a ejercer en el campo e incluye instrucciones pràcticas y un pequeño manual de la patología más frecuente. Es un libro de un médico para médicos. No es un libro de «popularización» (Porter, 1992), ni un tratado de *domestic medicine* o «medicina casera», esto es, una publicación destinada a ofrecer a la población remedios aplicables sin necesidad de recurrir al médico, algunos de cuyos ejemplos se recogen en la tabla 1, con el objeto de mostrar su diversidad en distintas lenguas (Tabla 1).

7 [T: «Apóstol de la civilización, deletrea a los campesinos los deberes sagrados del padre para con el hijo, del ciudadano con su país, del corazón con el lazo amoroso de las familias, del alma que piensa en sus destinos; con mano prudente sacude el tronco de ciertos prejuicios relativos a la salud y cuando lo juzga ya maduro, con mano firme lo arranca; señala la costumbre perniciosa, la costra de la superstición. Y si del buen grano que ha sembrado en el campo aun inculto de su inteligencia, crecen algunos tallos que la sociedad podrá cosechar, he ahí su recompensa.»].

Tabla 1. La terminología de algunos libros internacionales sobre «medicina casera» del siglo XIX[8]

Término	Año	Autor	Obra
Volks medizin (D)	1826	HEIDENREICH, Friedrich W.	*Die vier Grundpfeiler der Volksmedizin, das Blutlassen, Brechen, Abführen und die äusserlichen Mittel*[1]
Domestic medicine (UK)	1827	GRAHAM, T.	*Modern domestic medicine…*[2] Traducción castellana: «medicina casera»
Volksgeneeskunde (NL)	[1818] 1858 1863	OSIANDER, OORT, & Een,	*Volksgeneeskunde: nieuwe en eenvoudige wijze om de meeste ziekten spoedig en gemakkelijk te genezen*[3]
Médecine populaire (F)	1824	COLON, P.	*Essai sur la médecine populaire et ses dangers*
Medicina popular (P, BR)	1851	Chernoviz, P.L	*Diccionario de medicina popular III, en que se descrevem, em linguagem accomodada à intelligencia das pessoas estranhas á arte de curar*

1 [Cuatro pilares de la medicina popular: el sangrado, los eméticos, las purgas y los ungüentos].

2 Traducción castellana (de 1828) «Medicina moderna casera o tratado popular, en el que se ilustran el carácter, síntomas, causas, distinción y plan curativo correcto de todas las enfermedades incidentales al cuerpo humano».

3 [Medicina popular: nuevas y fáciles soluciones para curar muchas enfermedades fácil y rápidamente].

Las singularidad de la obra de Munaret, de médico a médicos, coexiste con numerosas obras que incluyen en su título conceptos como «errores», «supersticiones», *commonly presumed truths* o *préjugés* y que, sin necesidad de proponer soluciones, exponen prácticas que consideran absurdas e incluso peligrosas, procedentes de una atenta mirada etnográfica (COSTE, 2002). La mayoría se destinan a los médicos y al público en general. Su valor como fuente etnográfica es, hasta cierto punto, comparable al de las

8 Utilizo «medicina casera» por *domestic medicine* por el precedente de la traducción castellana del libro de Graham. Puede usarse también «medicina doméstica». En la construcción de las tablas no he pretendido exhaustividad, solo poner ejemplos accesibles en versiones digitales.

topografías médicas (Casco-Solis, 2001; Larrea, 1997; Prats, 1996; Urteaga, 1980). La diferencia está en que estas últimas siguen al pie de la letra una matriz clasificatoria rígida, mientras que las primeras tiene un carácter misceláneo, menos sistemático que enlaza con los compendios de los folkloristas y con el folklore médico del siglo xix (Charuty, 1997; Comelles, Perdiguero-Gil, 2014; Comelles, 1996; Diasio, 1999). Por razones conceptuales he distribuido los ejemplos en dos tablas. En la tabla 2 recupero títulos sobre «errores» y «supersticiones», en la 3 los que hacen referencia a *prejugés*, preocupaciones o *commonly presumed truths*.

Tabla 2. Algunos ejemplos de libros sobre «errores» (1578-1900)

Autor/Año/Obra
Joubert, L. (1578). *Erreurs populaires au fait de la médecine et régime de sante corrigés par…*
Joubert, L. (1586). *Seconde partie des Erreurs populaires, et propos vulgaires, touchant la medecine et le regime de santé*
Browne (1658). *Pseudodoxia Epidemica: Or, Enquiries Into Very Many Received Tenents, and Commonly Presumed Truths* (3rd ed). Trad. francesa (1738), castellana (1774)
Lloret y Martí, F. (1726)). *Apología de la medicina, y sus doctos professores, contra los críticos, y defensa de la doctrina de Hypocrates, y Galeno, contra los errores vulgares.*
Feijoo, B. J. (1757). *Teatro critico universal,: ó discursos varios en todo género de materias, para desengaño de errores comunes*
Bienville, J. D. T. de.(1775). *Traité des erreurs populaires sur la santé …*
Iharce, J. L. d'. (1783). *Erreurs populaires sur la médecine.*
Richerand, B. A. (1812). *Des erreurs populaires relatives à la médecine*. Trad. cast. (1826)
Salcedo y Ginestal, E. (1898). *Madre é hijo: doctrina científica y errores, vulgares en obstetricia y pediatría.*

En los de «errores», su objetivo, definido en el libro fundacional (Joubert, 1578, 1586)[9] y destinado a médicos y ciudadanos era el,

9 Triunfó, tiraron una edición de 6400 ejemplares y siguieron otras treinta (Carlino, Jeanneret, 2009).

soin du corps humain, pour le conserver en santé et l'y remettre quand il an est déchue […]. An laquelle vocation, i' a de long tams (au moins depuis 25 ans en ça, travalhe a faire deux profits : l'un d'instituer la jeunesse en la dite science, tant par écrit, q doctrine verbale, […]. L'autre d'éteindre et anéantir les fausses opinions & les erreurs (angeance ignorance) qui ont longuement en valeur & vogue an la médecine, chirurgie & apothicaire : ie dis, antre les professeurs de ces trois parties de notre art, de quoi s'ensuivent plusieurs abus & nullités. Mais cela est fort peu, aupris des erreurs populaires au fait de la médecin & régime de sante, ù elles sont tant épaisses, grossières & lourdes, pour la plus-part, qu'elles méritent plus risée que répréhension. Toutes fois parce qu'il an ha de fort préjudiciables a la vie des hommes, il me semble qu'on ne les doit mépriser ou dissimuler : ainsi remontrer au vulgaire ignorant, an quoy comant i s'abuse & fourvoye, le remettant an un melheur chemin. Car il ne le fait malicieusement, ou an intention de nuire[…]. C'est le devoir des médecins de lui dissuader ces fausses opinions & procédures & l'instruire de faire mieux ce que lui concerne : comme de fermir et garder les malades, leur assistant fidèlement, sous la conduite et le gouvernement des doctes médecins (Joubert, 1578 : VI-VIII).[10]

Con la etnografía describe las miserias de los médicos (Joubert, 1578: 30-50), y escoge títulos ingeniosos para los capítulos como «ce n'est pas péché, ou mal fait, d'appeler des médecins quand on est malade» (Joubert 1578: 38-55)[11] o para tratar de aquellos «qui ont opinion que les médecins prolongent des maux et ne font qu'abuser le monde»[12] (Joubert, 1586: 38-55). La mayor parte de ambos volúmenes (Joubert, 1578, 1586), habla

10 Preservo su ortografía. Escribió «tal como la gente habla» para aumentar la inteligibilidad del texto. [T.: «cuidado del cuerpo humano, para conservar su salud y recobrarla cuando está afectada […] desde hace veinticinco años trabajo con un doble provecho: formar a la juventud en esa ciencia (la medicina) tanto por escrito como de forma oral y para aniquilar las falsas opiniones y la ignorancia que han tenido valor en medicina, cirugía y boticaria; digo, entre los profesores de esas tres parte de nuestro arte, de donde salen bastante abusos y nulidades. Pero eso es bastante poco, en relación a los errores populares desde la mirada de la medicina y del régimen de salud, puesto que son tan espesas, groseras y cargantes, para la mayoría, que producen mas irrisión que ansias de reprimenda. Sin embargo, porque las hay muy perjudiciales a la vida de los hombres, no debemos ni menospreciarlas ni disimularlas: por eso reñir al populacho ignorante, destacando en qué y cómo abusa y se provee, para llevarlo al buen camino. Porque no lo hace con malicia, o con intención de dañar, […] Es deber del médico disuadirlo de esas falsas opiniones y procedimientos e instruirlo en lo que le concierne: como atender y cuidar a los enfermos, asistiéndoles bajo la conducta y el gobierno de buenos médicos».].

11 [T: «No es pecado ni estas mal hecho, llamar a los médicos cuando se está enfermo».].

12 [T: «que opinan que los médicos prolongan los males y abusan de la gente.»].

de creencias, *prejugés* o supersticiones vulgares, como «s'il est vrai qu'une accouchée puisse pisser le lait» (Joubert, 1578: 395).[13] Alienta buenas prácticas, denuncia falsas creencias y *erreurs* cuyo

> First and father cause of common error, is the common infirmity of human Nature; of whose deceptible condition, although perhaps there should not need any other eviction, then the frequent errors we shall our serves commit, even in the express declarement hereof: Yet shall we illustrate the same from more infallible constitution, and persons presumed as far from us in condition, as time, that is our first and ingenerated fore-fathers (Browne 1658:2).[14]

Los libros de *erreurs*, en general, son colecciones, más o menos enciclopédicas,[15] de datos (Comelles, 1996), que suelen complementarse con observaciones del presente. En general, las prácticas se describen desde una *auctoritas* naturalista y escéptica, próxima a la perspectiva *etic* de la Antropología, que ignora el punto de vista de los actores sociales, y que no esta exenta de riesgos.

> Mais une autre cause des erreurs dont nous parlons, & qui, pour avoir fait moins de sensation dans les esprits, parce qu'on ne s'en doute pas, n'est ni moins dangereuse, ni moins féconde en désordres, c'est la quantité de livres de Médecine, écrits en langue vulgaire, je veux dire, de ces livres composés pour l'usage de ceux qui ne sont pas Médecins, & dans lesquels on propose aux personnes de toutes les conditions des moyens de prévenir et de guérir toutes les maladies (Ilharce, 1783: IV).[16]

Aunque el *commonly presumed truth* de Thomas Browne se tradujo como «error», pero también como *préjugé,* es una «creencia» *emic*, —más que una pràctica observable, contemplada desde el punto de vista del actor—, puesto que responde a una «opinión», o a la idea de «creencia» que recuperaría el folklore del siglo xix. Así lo abordaron también los

13 [T: «si es cierto que una partera pueda mear leche».].

14 Feijóo (1779) insiste en la difusión cultural de los errores y considera «vulgo» tanto a los médicos como a los humanistas (Caro Baroja, 1967, II: 321-326).

15 Algunas se presentan como «diccionarios», como el de A. de Chesnel (1856).

16 [T: «Otra causa de los errores de los que hablamos y que, por provocar menos efecto en las mentes, y porque no cabe duda alguna, no son ni menos peligrosos ni menos fecundos en desórdenes. Es la cantidad de libros de medicina escritos en lengua vulgar, quiero decir, de esos libros compuestos para el uso de quienes no son médicos y en los cuales se propone a personas de todas la condiciones, medios para prevenir y curar todas las enfermedades».].

philosophes. HOLBACH[17] afirmó que «l'ignorance, les erreurs et le préjugés sont des hommes, les sources de leurs maux» (1770: 1),[18] porque «l'opinion est la reine du monde», fruto de la «la vérité ou la fausseté etablie sans examen dans l'esprit des mortels».[19] Distingue las universales y las propias de nations particulières que pueden valorarse mediante la experiencia y la razón. Destaca la responsabilidad de la Iglesia en la producción de opinión y su influencia sobre las costumbres (HOLBACH 1770: 6-7).[20]

Tabla 3. Ejemplos de libros sobre *préjugés* y preocupaciones (1600-1940)

Año	Autor/Año/Obra
1658	BROWNE, S. T. (1658). *Pseudodoxia Epidemica: Or, Enquiries Into Very Many Received Tenents, and Commonly Presumed Truths* (3rd ed.).
1736	LE BRUN (1736) *Superstitions anciennes et modernes, préjuges vulgaires qui ont induit les Peuples a des usages et a des pratiques contraires a la Religion ….*
1770	HOLBACH, P. H., Baron d' (1770). *Essai sur les préjugés, ou, De l'influence des opinions sur les mœurs & sur le bonheur des hommes: Ouvrage contenant l'apologie de la philosophie.*
1801	LAUGIER, J.-B. (1801). *Des préjugés en médecine. Premier rabat-joie des vaccinateurs.*
1810	SALGUES, J. B..(1810). *Des erreurs et des préjugés: répandus dans la société..*
1827	SCOUTETTEN, H. (1827). *Des Préjugés sur la médecine.*
1831	VOISIN, J. C. (1831). *De quelques préjugés relatifs à la médecine dans les départemens de la Bretagne.*
1834	ROUVEROY, F., y CHOPIN, J. M. (1834). *Le petit libraire forain ou la morale de Jacques le bossu: ouvrage dirigé contre les croyances superstitieuses, les préjugés et les erreurs populaires.*
1856	CHESNEL, M. A. de (1856). *Dictionnaire des superstitions, erreurs, préjugés et traditions populaires.*
1865	CHATELAIN, A. (1865). *Des erreurs et préjugés populaires en médecine.*
1882	PAUC, E. (1882). *Des erreurs et des préjugés populaires en médecine.*

17 El traductor José Joaquín de Mora (HOLBACH, 1823) tradujo por «preocupaciones» en lugar de «prejuicios».

18 [T: «la ignorancia, los errores y los prejuicios son las fuentes de los males de los hombres.»].

19 [T: «la opinión es la reina del mundo (,que) la verdad o la falsedad están establecidas sin examen en las mentes de los mortales.»].

20 Más tarde se utilizó para explicar las resistencias a las vacunaciones (LAUGIER, 1801).

Año	Autor/Año/Obra
1895	Rodríguez López, J. (1979). *Supersticiones en Galicia y preocupaciones vulgares* (8ª ed.)
1896	Rodríguez López, J. (1896). *Las preocupaciones en Medicina. Conocimientos útiles a la familia*.
1905	Codera y Zaidín (1905). *Preocupaciones alimenticias. Examen de algunas ideas respecto a la alimentación del hombre y de los animales domésticos.*
1913	Carnegie, D. (1913). *How to Stop Worrying and Start Living. World's Work.*
1932	Adriano (1932). *Carmi, tradizioni, prejudizi nella medicina popolare calabrese*.

Jesús Rodríguez López (1896), varios siglos más tarde, coincidía con Joubert que sus libros «deberían leerlos los mismos médicos» puesto que los redactó:

> en forma que el pueblo puede entenderlas; pero […] unas y otras son poco útiles a la mayoría […], tratando de enfermedades y de medicinas, unas veces no sabes cuál es la enfermedad que han de buscar en el libro, porque desconocen lo que tiene el enfermo, y otras veces no saben cuál de los remedios que se recomiendan es el preferible. A veces el lector después de leer tales libros llega a creer que está enfermo aunque esté sano, y cuando le movió a la lectura algún padecimiento, llega a figurársele que tiene varios, por imaginar que tiene síntomas comunes a muchas de la enfermedades que el libro describe. Un gran número de libros populares de medicina resultan […] más perjudiciales que útiles al pueblo poco ilustrado. *Las Preocupaciones en Medicina*, lleva otro fin […] distinto. Se propone hacer conoce al pueblo los inconvenientes de sus preocupaciones más frecuentes en cuestiones médicas. En el estilo más sencillo y más claro posible, he tratado de decir solamente las preocupaciones médicas, exponiendo en algunas el modo de combatirlas, y siendo mi fin primordial dar a conocerlas al pueblo para que poco a poco despoje de su engañada imaginación el error y se encauce en el camino de la verdad (Rodríguez López, 1896: 7-8).

Y ambos con Hipócrates en el necesario esfuerzo de comunicación con los pacientes pero,

> tengo que dividir los médicos en tres clases; unos concluyen su carrera, van a ejercerla, a un partido rural, tienen un sueldo por el ayuntamiento, van abandonando poco a poco los libros y llegan a considerar necesario para sostener su crédito el respetar las preocupaciones de sus clientes; otros concluida la

carrera, se quedan en los pueblos, tienen poco amor al estudio, se penetran de que para tener clientela no es necesario saber mucho y tratan más de saber hacerse agradable al cliente, que de saber medicina; y otros, que concluyen la carreras, empiezan a trabajar, y creyendo necesario el estudio para resolver sus dificultades que a menudo se presentan en su práctica profesional, compran obras de consulta, cuyo estudio no hace más que despertarle el deseo de saber cada vez más, porque a cada paso va conociendo lo que falta por saber» (Rodríguez López, 1896: 224).

Añade que, «un profesor laborioso que sigue a la par el adelanto científico, tiene que sostener una fatigosa lucha entre sus conocimientos y la indolencia y la apatía de muchos enfermos que, fiando en sus circunstancias individuales o engañados por sus pasiones, llegan al médico en busca de salud cuando sus enfermedades se amontonaron o cuando han pasado del periodo de curabilidad» (Rodríguez López, 1896: 49). Las preocupaciones de estos enfermos no parecen ser argumento suficiente para llevarles a una demanda de asistencia.

La necesidad de una nosología folk: de la patología étnica a los ethnic disorders

«The publication of monographs, official reports, or journals specially devoted to the subject […] have brought us much valuable information as to the Climate and Medical Anthropology of many large regions of the globe, which were formerly unknown»
(Hirsch, 1883:VIII).

El *Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie, worin der historische Theil der einheimischen Völker und Staaten Arzeneykunde vorgetragen wird,* [21] de Ludwig Finke (1795), en su prefacio pretendía «convencer a la población de la importancia de los cambios físicos y morales que han tenido lugar a lo largo del tiempo. Una vez dispongamos de esta historia médica conoceremos mejor las necesidades del pueblo y podremos trabajar mejor para su felicidad». Para ello distingue entre geografía y *Anthropographie* que consiste en[22]:

21 [*Ensayo de una geografía médico-práctica general; en el que se expondrá el Arzeneykunde* (intraducible: quiere decir conocimiento de las medicinas y sus usos*) popular y estatal.* (N.T. Pol Comelles)].

22 Los neologismos «etnología» y «etnografía» son coetáneos (Vermeulen, Roldán, 1995).

> The inhabitants are described according to their nature, color, physique, education, temperament, industriousness, diligence, indolence, endurance, hardiness or weakness in bearing hardship, and so forth. Their occupations, crafts and trades […]. Their foods, beverages and condiments deserve attention, no less than their clothing, habitations, games, amusements, and personal habits, such as misuse of warm and fiery beverages, or tobacco, hot rooms and the like. […] He describes the modes of treatment commonly employed in the country, if there are not absurd, as is often de case, because some of them may actually be of nature as to lead an alert physician to think about them, and often even to imitate them (L. Finke cit. en Rosen, 1946:536).[23]

Discípulo de Johann Peter Frank (Rosen, 1985) su obra es un estudio comparado de geografía y «antropografía» médica coetáneo a la fundación de las primeras sociedades antropológicas (Copans, 1978; Stocking, 1968), en las que los médicos jugarán un papel activo (Bouza Vila, 2002; Comelles, 1998a) en debates sobre las relaciones entre medio, cuerpo, naturaleza, cultura y enfermedades (Stocking, 1995). Tanto Finke como Hirsch (1860), proponen algo más que una simple «nosología geográfica».

Tabla 4. Algunas referencias de patología geográfica, étnica y comparada

Año	Autor	Obra
1795	Finke L. (cit. Hirsch 1883)	*Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie, worin der historische Theil der einheimischen Völker- und Staaten-Arzeneykunde vorgetragen wird, 3vols.*
1813	Schnurrer, F. (cit. Hirsch 1883)	*Geographische Nosologie oder die Lehre von den Veränderungen der Krankheiten in den verschiedenen Gegenden der Erde, in Verbindung mit physischer Geographiebund Natur-Geschichte des Menschen.*[1]
1847	Heusinger, C.F.	*Recherches de pathologie comparée*. Hotop.
1848	Boudin, J.	*Etudes de pathologie comparée*. Paris
1849	Salles, E. F.	*Histoire Générale Des Races Humaines Ou Philosophie Ethnographique*.
1856	Mühry, A. (cit. Hirsch, 1883)	*Die geographischen Verhältnisse der Krankheiten*[2]

23 George Rosen tradujo al inglés en ese articulo las instrucciones de Finke para escribir topografías médicas.

Año	Autor	Obra
1860	Hirsch, A.	*Handbuch der historisch-geographischen Pathologie.* Trad Inglesa: (1883) *Handbook of geographical and historical Pathology* 6.vols
1861	Boudin, J. C. M. F. J (cit. Hirsch 1883)	Essai de pathologie ethnique: de l'influence de la race sur la fréquence, la forme et la gravité des maladies. *Annales d'Hygiène Publique et Medecine Légale*, *XVI-XVII*, 5–50 64–103.
1864	Pouchet, G.	*De la pluralité des races humaines essai anthropologique par Georges Pouchet.*
1866	Ullersperger, J. B.	*Memoria sobre un programa de patología General.*
1868	Ullesperger, J. B.	Die pathologie und Therapie der Dyspepsien. historisch, kritisch, theoretisch un practisch dargesstelt. *Zeitschrift Der K.k. Gesellschaft Der Aerzte Zu Wien.*, *21-24*, 107–123.
1877	Lombard, H. C.	*Traité de climatologie médicale: comprenant la météorologie médicale et l'étude des influences physiologiques, pathologiques, prophylactiques et thérapeutiques du climat sur la santé.*
1904	Kraepelin E	*Vergleischende pathologie* (cit en Bendick 1989)
1925	Kuczynski, Max	*Steppe und Mensch. Kirgisische Reiseeindrücke und Betrachtungen über Leben, Kultur und Krankheit in ihren Zusammenhängen.*[3]
1944	Kuczynski-Godard, M.	*La Vida en la Amazonía peruana. Obervaciones de un médico.*

1 [*Nosología geográfica o el estudio de las diferentes enfermedad en diferentes partes del mundo, en conjunción con la geografía física y la historia natural del hombre*].

2 [*La relación geográfica de las enfermedades, o los principios fundamentales de la Noso-geografía*]

3 [*Steppe and Man. Kyrgyz travel impressions and reflections on life, culture and disease in their contexts*].

En esta tabla se relacionan libros con una orientación más directamente climatológica o ambientalista, con otros que incluyen perspectivas más próximas a las Ciencias Humanas y Sociales. En los tratados destinados a médicos, las posiciones más clínicas las sostenían autores franceses (Barrett, 2002), que escriben sobre «climatología médica», «nosología

geográfica», *pathologie ethnique* (Boudin, 1861) y *pathologie comparée* (Boudin, 1848).[24]

A Boudin, médico militar miembro de la *Société d'Anthropologie*, le interesaba «le non-acclimatement, les aptitudes et les immunités morbides de diverses races humaines, et la nature de leurs maladies» (Perier, 1868: XXXVII). Boudin (1861) que trataba de responder a si «les diverses races, les diverses nationalités, ont-elles un même degré d'aptitude, de prédisposition, pour les maladies, et ces dernières se présentent-elles sous des formes et avec des intensités identiques dans toutes les variétés humaines?»[25] y que justifica porque:

> Si la solution du problème est d'un intérêt scientifique incontestable, elle n'est pas d'une importance moindre au point de vue économique et social. […] le succès d'une expédition de guerre, soit dans les régions polaires, soit dans les portions insalubres des contrées tropicales, peut dépendre de la qualité des hommes dont on aura fait choix; il en sera de même du choix des travailleurs, Coulis, Chinois ou Madériens, que divers gouvernements dirigent aujourd'hui sur les colonies, particulièrement depuis la suppression de la traite et l'émancipation des noirs. Toutes ces grandes questions économiques sont dominées par la notion précise du degré d'aptitude des races aux diverses affections, […] par la connaissance de leurs prédispositions morbides et de leur résistance respective aux milieux contre lesquels elles sont appelées à réagir (Boudin, 1961: 7).[26]

Aunque remite a las diferencias raciales (Peset, 1983; Stocking, 1968) —entre las cuales considera el olor y el color de la piel y que «le nègre paraît très sensible aux moindres abaissements de la température»

24 Explora diferencias entre seres humanos y animales (Heusinger 1847, 1853; *Edinburgh Veterinary Review and Annals of Comparative Pathology*, 1864).

25 [T: «las distintas razas y nacionalidades tienen un mismo grado de aptitud, de predisposición hacia las enfermedades y si esta últimas se presentan bajo formas e intensidades idénticas en todas las variedades humanas.»].

26 [T: «si la solución del problema tiene un incontestable interés científico, no lo es menos desde el punto de vista económico y social […]. El éxito de una campaña militar, sea en las regiones polares, sea en las partes insalubres del trópico, puede depender de la calidad de los hombre que se hayan elegido. Sucede lo mismo con los obreros, coolies, chinos o madeirense, que distintos gobiernos envían hoy a las colonias, particularmente tras la supresión de la trata y la emancipación de los negros. Todas esas grandes cuestiones económicas están dominadas por la noción precisa del grado de aptitud de las razas a distintas afecciones […] por el conocimiento de sus predisposiciones mórbidas y su resistencia respectiva alos medios contra los cuales deben reaccionar.»].

(Boudin, 1961:8)[27]—, y a la influencia del clima en las «différences, non moins curieuses […] sur les facultés intellectuelles» (Boudin 1861:12)[28], aporta fuentes etnográficas internacionales, y ejemplos de enfermedades *folk,* como el *second sight* (estados segundos) de las Nuevas Hébridas. Habla de las diferencias raciales en la enfermedad humana comparada con las razas equinas, y documenta que las enfermedades respiratorias en las tropas británicas eran dos veces, y las gastrointestinales cinco veces, más frecuentes que en los reclutas malteses (Boudin 1861:16). Sus datos son antropométricos y de la estadística sanitaria de la tropa, la etnografía no va más allá de la discusión de la adaptabilidad racial (Salles, 1849: 207).[29] La propuesta de Boudin tenía como objetivo la formación clínica e higienista de los médicos militares y coloniales. De ideas como las suyas y de otros médicos se derivaría el concepto de «medicina tropical» en la que se encuadrarían posteriormente campañas de erradicación de enfermedades en otros continentes (Cueto, 1994; Manderson, 2002).

En cambio, la «patología histórico-geográfica» de Hirsch (1860), también destinada a médicos, procedía de una mirada etnográfica, de «observaciones antropológicas».

> Is the expression of a process called forth and sustained, in organisms that are capable of life, by the sum of all the influences which act upon them from without. The form and fashion of this process, accordingly, are determined by the kind of individuality and by the character of the environment. Each of those two factors shows many differences in time and in space. As regards the human species, the differences are expressed, for the first factor, in the distinctive qualities of generations separated by years, and of races and nationalities scattered over the globe; for the second factor, they are expressed in peculiarities of the climate and the soil, and of the animal and vegetable kingdoms in so far as these are brought into direct relation with man, and further, in the vicissitudes of politics, of social affairs, of the food-supply, and of mental training. In these considerations lie the germs of a science, which, in an ideally complete form, would furnish a medical history of mankind, but which, treated more narrowly and so as to embrace only the pathological side

27 [T: «el negro parece muy sensibles las bajadas de temperatura.»].

28 [T:«diferencias no menos curiosas […] sobre las facultades intelectuales.»].

29 El médico austríaco J. B. Ullersperger (1866: 15) en su *Memoria sobre un programa de patología general* describió la *patología étnica (ethnische pathologie)* como la «analogía comparativa de las nociones etiológicas que resultan de las localidades objetivas de un país y de las individualidades subjetivas de una nación».

> of human life, will give firstly, a picture of the occurrence, the distribution, and the types of the diseases of mankind, in distinct epochs of time, and at various points of the earth's surface; and, secondly, will render an account of the relations of those diseases to the external conditions surrounding the individual and determining his manner of life. And this science I have named, [...] the science of geographical and historical pathology (Hirsch, 2014, pp. 1–2).

Su idea del *historical handling* —el manejo desde una perspectiva histórica de los datos—, remite a una patología particularista que combina observación clínica, etnográfica e histórica para poner de relieve su influencia en las enfermedades locales. Podría quizás trazarse una genealogía entre la *medizinische polizei* de Frank y los posicionamientos, en un contexto distinto, de Finke y Hirsch con la evolución de la medicina social (Lesky, 1984) y su articulación con el difusionismo cultural alemán (Stocking, 1996).

La *ethnische pathologie* fue reformulada, décadas más tarde, por Maxime Kuczynsky (1925b). El término lo vincula a la posición de Hirsch puesto que su historicismo encaja con el marxismo como herramienta interpretativa. Kuczinsky advirtió que la patología no podía reducirse al diagnóstico y debía incluir un proyecto integral de intervención adaptado a las condiciones sociales, culturales y económicas locales (Knipper, 2005: 248). Lo aplicó en Siberia, tras la revolución soviética, y lo sintetizó en su manifiesto *Neue Medizinische Aufgaben im neuen Russland*.[30]

> Numerosas han sido las expediciones realizadas hacía todas las partes del mundo, pero ni una ha conseguido aportar más que comentarios pequeños y a veces fragmentados en relación a la cuestión del 'cuadro nosológico' que corresponde a una entidad étnica definida y una zona geográfica de condiciones climáticas conocidas, de alimentación conocida, de costumbres y también influencias nocivas conocidas. Los médicos que acompañaron tales expediciones eran muchas veces demasiado jóvenes y sin experiencia. Mas aún, les faltaba la simple conciencia por estas tareas. Observaciones étnicas son, por ejemplo, capaces [...] de explicar el tema de la 'arteriosclerosis' y de las relaciones entre alimentación y arteriosclerosis [...]. El estudio de estilos de vida estrechamente limitados, con los comportamientos individuales altamente predeterminados y una alimentación mas bien monótona, llevará a conocimientos hasta hoy desconocidos, especialmente en el campo de las enfermedades metabólicas y de las así llamadas glándulas de secreción inter-

30 Versión castellana del original en Knipper (2005: 250-251).

> na. Condición imprescindible para tales estudios es, desde luego, una formación médica excelente, mejor aún, patológica-científica. En el caso contrario, el médico no será capaz de observar e interpretar sus observaciones de una manera crítica. Aquí está, precisamente, el gran valor de la enseñanza en el campo de la actualmente tan despreciada teoría de la medicina, lo que para nosotros representa —en el sentido ideal— la ciencia patológica. Nos permite desarrollar un juicio nítido sobre las apariciones múltiples y embrolladas de la enfermedad, que el médico, como sanador y agente de prevención, suele 'ver' tanto al atender al enfermo tendido en su lecho, como en su comunidad. Toda observación médica consiste siempre en 'clasificar', sea cual sean las condiciones, el saber y las concepciones concretas. Así que el médico que no posee 'conocimientos estructurados', al fin y al cabo no será capaz de observar bien. No sabrá sacar provecho de sus observaciones, es decir, avanzar y crear 'valores' (Kuczynski cit. en Knipper, 2005: 250-251).

Lo ampliaría en *La vida en la Amazonia Peruana* (Kuczynski-Godard, 1944), una obra maestra de la medicina social y de la antropología médica, fruto de su trabajo de campo en Perú entre 1935 y 1940. Su etnografía es profesional, muy influida por el culturalismo americano e incluye una interpretación marxista sobre los efectos del capitalismo de plantación en la salud de los aborígenes. Pretendía, más que teorizar, vindicar intervenciones sanitarias atentas a la diversidad cultural y a los procesos históricos que la habían producido.[31]

Desde otra perspectiva radicalmente distinta, estrictamente positivista, Emil Kraepelin había reformulado previamente, la *ethnische pathologie* como *Vergleischende pathologie* (patología comparada), un taxón psiquiátrico específico (Bendick, 1989; Jilek, 1995). La «patología étnica» remitía a la causalidad, la «comparada» se limita a clasificar lo «distinto» desde una perpectiva radicalmente positivista (Martínez-Hernáez, 2000; Caponi & Martínez-Hernáez, 2013). Esa limitación, de la mano del diálogo entre medicina, antropología y psicoanálisis llevó a Devereux (1973) a acuñar el concepto de *ethnic disorder* para explicar la génesis, evolución y contextualización de patologías «culturales» e ir más allá de la pura nosografía positivista. *Disorder* es, voluntariamente, más impreciso que «patología», y se ha impuesto, precisamente por eso, como en el caso de los *eating disorders* (Gracia, Comelles, 2007), que pueden describirse

31 Puede vincularse al desarrollo de las metodologías de intervención-acción participativa (Comelles, Riccò, Perdiguero-Gil, 2014), y es un antecedente de los proyectos de salud intercultural (Aguirre-Beltran, 1947, 1994; Menéndez, 2016).

(Keel, Klump, 2003) también como *culture-bound syndromes* (Simons, Hughes, 1985), junto a las *folk illness* (Rubel, 1964). Estos conceptos entran en un cajón de sastre cuya utilidad se reduce al diagnóstico y a la terapéutica y por tanto tiene relevancia clínica. Repercute en la formación de los profesionales, pero no necesariamente en la educación sanitaria o en la promoción de la salud.

¿Por qué hablar de medicina popular (folk medicine)?

El término *Volksmedizin* apareció primero en un manual de «medicina casera» (Heidenreich (1826). Su raíz es común con el *Volksgeist* de los folkloristas (Flügel, 1863; Stocking, 1996). Su versión inglesa, *Folk-medicine* (Black, 1883; Hoffmann,1889; Miller, 2008) ha sido fundamental en la delimitación del objeto de estudio de la antropología médica (Ackerknetch, 1985; Saillant, Genest, 2007), aunque para Black no fuese un campo de estudio en sí mismo:

Tabla 5. Las traducciones de Volksmedizin en distintas lenguas

Término	Año	Autor	Obra
Volksmedizin (D)	1863	Flügel	*Volksmedizin und Aberglaube im Frankenwalde: nach zehnjähriger beobachtung Dargestellt…*[1]
Folkmedicine (UK)*	[1878] 1883	Black, G.W.	*Folk-medicine: a chapter on the History of culture*
Folkmedicine (USA)*	[1886] 1888	Hoffmann, W	*Folk-Lore of the Pennsylvania Germans,*
Folkmedicinen (SE)	[1846] 1909	Hirte, Leibert	*Några ord om öronsjukdomarna i den skånska folkmedicinen* *A few words about childhood diseases in the Skåne folk medicine*
Folkemedisin (N)	[1918] 1922	Falk, H.	*Overtroiske kurer og folkemedisin i Norge/Frosken og padden i nordisk folkemedisin*[2]
Volks geneeskunde (NL- B)	1891	Cock, A. de	*Volksgeneeskunde in Vlaanderen*[3]

Término	Año	Autor	Obra
Medicina Popolare (I)	1896	Pitrè, G.	*Medicina Popolare Siciliana*
Medicina Popular (E)	1889	Black, G. W Machado y Alvarez, A.	*Medicina Popular*

1 [*La medicina popular y la superstición en Frankenwald tras diez años de observación]*.

2 [*Superstitious cures and folk medicine in Norway/ Frog and toad in Nordic folkmedicine]*.

3 [*Medicina popular en Flandes*].

La *folk medicina* es un concepto determinante en antropología médica, pero mucho menos en las clasificaciónes europeas del folklore que publicó Joan Amades, (1980: 1257-1424). Para los folkloristas, no era un objeto de estudio específico, sino que se distribuía en taxones distintos.

Tabla 6. Salud, enfermedad y atención en las clasificaciones de folklore

País	Año	Autor/Obra	Items
Portugal	1885	Braga, Teofilo. *O Povo Portugues*	Demo psicología Supersticiones, religión, mitos
Alemania	1903	Kaindl, R.F. *Die Volkskunde: ihre Bedeutung, ihre Ziele und ihre Methode mit besonderer Berücksichtigung ihres Verhältnisses su den historischen Wissenschaften*	*Folk medicina*
Cataluña	1912	Cels Gomis	Medicina: medicina supersticiosa remedios caseros, higiene privada
Cataluña	Circa 1910-20	Rossend Serra i Pagès	Vida familiar: enfermedad
Cataluña	1929	Rossend Serra i Pagès	Acontecimientos vitales: enfermedad, remedios Supersticiones: terapéuticas
Flandes	Antes de 1914	Isidoor Teirlink	Vida popular: supersticiones sobre el cuerpo humano *Folk medicina*
Flandes	1913	The Museum of Antwerp Guide	Ciencias: medicina, utensilios remedios Magia: curanderos
Inglaterra		Charlotte Burne	Enfermedad y *folk medicina*
Suecia	1915	C.W.-von Sydow	Enfermedades y remedios

País	Año	Autor/Obra	Items
Suiza	1917	Krayer Hoffmann. *Questionnaire accompagné d documents et d'exemples*	*Folk medicina*
Dinamarca	1917	*Dansk Folkemmindesamling*	Creencias: cuerpo, magia, protección del mal, embarazo y parto Supersticiones: enfermedad, muerte, parto
Noruega	1917	Reider Th. Cristiansen. N*ordisk Folkemindesamling*	Artes sobrenaturales: enfermedades y remedios
Francia	Nd.	Emile Nourry, Pierre SaintYves	Ciencia popular, *folk medicina* Magia doméstica Culto a los santos y milagros Vida social enfermos, cuidados, hospitales y asilos
Francia	1933	Arnold Arnold Van Gennep, *Le folklore du Dauphiné*	Magia, *Folk medicina*
Flandes	1935-36	Arnold Arnold Van Gennep, *Le folklore de Flandre et du Hainaut*	Magia, *Folk medicina*

La discordancia entre el interés médico por la *folk medicina* y el interés marginal de los folkloristas explica que uno de estos, Machado y Álvarez, traductor al castellano de Black ([1889] 1982), sintiese la necesidad de consultar con el médico Federico Rubio y Gali acerca de su pertinencia. Este no la consideró anecdótica y reivindicó su valor y su eficacia terapéutica (Perdiguero-Gil, Ballester Añón, 2003), en la línea de autores coetáneos:

> Né si creda che sempre i rimedii empirici sono una disgrazia. Sempre, no: il più delle volte, anzi, giovano potentemente; perché, in realtà, si fondano sopra le esperienze di secoli e secoli. E poi, come farebbe la povera gente sparsa nella campagna, e come farebbero le popolazioni dei piccoli paesi, dove è raro che si veda il medico, o si vede quando il malato sarebbe finito, se non si fosse ricorso alla medicina tradizionale? (De Nino 1891:VII-VIII).[32]

Los *medici condotti* italianos, como Zeno Zanetti (1892) y Giuseppe Pitrè (1896) también la consideraban un campo específico sobre el que

32 [«No crean que los remedios empíricos son siempre una desgracia. Siempre no. Las más de las veces […] se basan en una experiencia de siglos. ¿Que haría la gente que vive en el campo donde ven raramente un médico o le llaman cuando el enfermo ya esta en las últimas, si no pudiesen recurrir a la medicina tradicional?».].

desplegar un proyecto de medicalización (Bartoli, 1984; Comelles, Riccò, Perdiguero-Gil, 2014) articulado con el folklore y la antropología, menos con la clínica y la epidemiología. Los *condotti* participaron en las sociedades de folklore y su mirada regional —Sicilia, Umbría—, corresponde a su vocación de folkloristas, aunque de la antropología de su tiempo recuperen conceptos como *survival,* sincretismo y construyan *kulturkreis* basados en prácticas y creencias sobre la salud y enfermedad. Zanetti contempla la *folk medicine* umbra, valorando el papel de las mujeres en las prácticas de salud desde una perspectiva de género y Pitrè[33] afirma que,

> Se vi è genere di tradizioni popolari che esiga un raccoglitore tecnico, questo è certamente quello della medicina. Ben si può, per cultura generale o per isperiale studi di mitologia, di costumi, di letteratura orale, mettere insieme copiosa materia di usanze, di legende, di poesia, di superstizioni sopra un argomento qualunque, e fondarvi sopra osservazione opportune, ed acconce; ma sarà malagevole, a mio avviso, il farsi per le pratiche e le credenze mediche sa chi non sia medico. E la ragione e questa: che in ordine a medicina è difficile ai non medici da distinguere ciò che si considera come pregiudizio da ciò e scienza, le pratiche d'oggi dalle pratiche d'ieri, quella che fu da quella che è superstiziose (Pitré 1896:VII).[34]

Distingue la ciencia de la superstición en la medicina *folk*, y aplica las reglas de la nosografía científica a las enfermedades *folk* que observa y que también le exigen respuestas clínicas y estrategias de persuasión. A diferencia del taxón misceláneo ––la «patología comparada»— propuesto por Kraepelin, Pitrè —como Zanetti— construyen *kulturkreis* regionales para la medicina, al margen de los criterios de clasificación misceláneos de los folkloristas que el propio Pitrè respetara en su restante obra como folklorista. El puso por delante su compromiso profesional como médico, pero sus colegas folkloristas jamás se sintieron cómodos con su modo de abordar la *folk medicina*. Si, en general, el folklore no deja de ser una ar-

33 Sobre Pitrè ver Comelles (1996); Diasio (1999) y Comelles, Riccò, Perdiguero (2014).

34 [T: «Si existe un género que exija un recolector técnico este es el campo de la medicina. Por cultura general uno puede trabajar sobre mitología, vestidos […] pero será difícil, en mi opinión hacerlo sobre las prácticas y las creencias médicas si no se es médico. La razón es que en el campo de la medicina es difícil a los no médicos distinguir lo que se considera como prejuicio de lo que es ciencia, las prácticas de hoy de las de ayer, lo que fue y lo que es superstición.»].

queología cultural, el «folklore médico» que proponen los *condotti* es un proyecto profesional que creen indispensable para comprender y respetar la diversidad cultural, conocer la patología local, valorar su eficacia y aportar fórmulas para intervenir.

Las diferencias entre el concepto de *folk medicine* y la *historische geographische pathologie* o la *ethnische pathologie* son muy relevantes. La primera conduce a taxonomías culturales sobre ámbitos «marginales» puesto que ignoran el grado ya existente de medicalización del campesinado europeo y latinoamericano, así como la asociada a los procesos de urbanización. Las otras dos la describen las topografías médicas y los informes médico-sociales o los manuales que hemos citado. Sin embargo, la progresiva participación del Estado mediante la educación formal, la legitimación de la medicina y las políticas higienistas medicalizó el medio rural europeo y la *folk medicina* como patrón cultural quedó en una arqueología local (Perdiguero-Gil, Comelles, 2014; Comelles, Perdiguero-Gil, 2014), salvo en Italia donde fue un revulsivo para el desarrollo de la nueva educación sanitaria (Comelles, Riccò, Perdiguero-Gil, 2014).

La preocupación en la sociedad de masas

> —¿Qué es lo que tengo?— sollozó [la paciente].
> —Se lo diré si promete estar tranquila [responde Munthe].
> —Puedo soportar cualquier cosa, ¡he sufrido tanto! No tema Ud., no volveré a llorar. ¿Qué tengo?
> —Colitis.
> —¡Colitis! Exactamente lo que me había figurado. Estoy segura que Ud. tiene razón ¿Qué es la colitis?
>
> (Munthe, 1940, 38)

El médico sueco Axel Munthe (1940), atendía a la clase alta del Paris de la *Belle Epoque* y a los pobres de la Roma finisecular y en sus memorias la describe mediante numerosos ejemplos de «etnografía densa» (Geertz, 2003: 19-40). El diálogo que recoge la cita, nace de una «preocupación» de la paciente, para la que el médico no tiene otra respuesta que afirmar que durará mucho, que es difícil de curar, y «hasta en esto tenía yo razón. La condesa me sonreía [...]. ¡Y su marido que decía que sólo eran nervios!». La «colitis» era un diagnóstico inventado por los médicos para responder a «preocupaciones» que derivaban en demandas para las cuales carecían

de respuestas. La demanda de la condesa no era una *commonly presumed truth*, ella no sabía qué tenía y debía ser algo tan frecuente ya en esa época que Munthe escribe que Charcot etiquetaba esos clientes como les «malades au petit papier»,[35] un misterio para los médicos. Su asombro creo que puedo interpretarlo como el fruto de un cambio cultural en las demandas de determinados colectivos de ciudadanos cuyo acceso al médico ya no era únicamente para que fuese a certificar una agonía a domicilio, sino alguien que acude a su despacho a pedir consejo (Comelles, 1992). Expresa el desarrollo de la nueva sociedad capitalista en la que al mercado del pluralismo asistencial *folk* se han incorporado corrientes como el mesmerismo, la homeopatía, el naturismo, la ciencia cristiana o las psicoterapias psicoanalíticas (Zweig, [1931] 2006) muchas de ellas interpretables como alternativas laicas al papel que jugara la confesión (Delumeau, 1990). De esas preocupaciones procede la popularización de diagnósticos como la neurastenia, la hipocondría, las psiconeurosis y el *stress*.

Castel, Castel y Lovell (1979) documentaron el crecimiento de esa demanda *psy* entre las clases medias norteamericanas desde principios del siglo xx. Tuvo cronologías distintas en Europa y España y responde a la capacidad de la clase media educada de acceder a información, mediante la literatura de popularización, un diálogo mucho más horizontal con los médicos de cabecera urbanos y, finalmente, a partir los medios de comunicación social. Voy a ilustrarlo con un ejemplo concreto. En 1956, el médico barcelonés Josep Espriu 'Cianófilo' (Comelles, 2015) publicó en la revista *Destino* tres columnas sobre «los preocupados» pues «cada día son más los que acuden a nuestras consultas sin padecer en realidad enfermedad alguna»[36] y se preguntaba por qué:

> El aumento absoluto del número de enfermos que, sin estarlo, acuden a nuestras consultas será debido a que cada día resulta más difícil y más complicado seguir viviendo, […], porque es así y por otra, porque de no serlo nos obstinamos nosotros mismo en que lo sea. Es curioso la necesidad que sentimos por lo complicado, llegamos al extremo de que si podemos vivir sin complicaciones, nos afanamos en proporcionárnoslas. Quien nos complica la existencia es lo que define una palabra, por otra parte maravillosa, la civilización.[37]

35 [T:«Los enfermos con el papelito»].

36 Cianófilo (1956), «Los preocupados (I)», *Destino* (Barcelona), 989: 22.

37 Cianófilo (1956), «Los preocupados (I)», *Destino* (Barcelona), 989: 22.

Su observatorio es la consulta y el *feed back* de sus lectores a su columna. Estima que le consultan «los más variados trastornos quienes llegan a no poder tolerar un conflicto afectivo y quienes no se dan cuenta de que su único mal es el temor a padecerlo»,[38] y en esos casos

> […] su diagnóstico resulta más que laborioso. Aunque muchas veces lo intuimos a primera vista tenemos el deber de excluir todo otro posible diagnóstico […] Ya en la primera visita nuestra sospecha nace […] de una mirada especial que no hemos visto en quienes padecen una afección determinada. En ella no solo adivinamos la custodia de un secreto sino el deseo de que puedan revelarlo sin responsabilidad alguna y sin desmerecerse a sí mismos, por no ser su revelación más que el resultado de una […] lealtad para con el médico.[39]

Clasifica como causas mayores de «preocupaciones» los problemas económicos, afectivos y de relación de adultos y adolescentes, los duelos y «los obsesionados por el temor de enfermar de una afección grave cuyas molestias nos consultan con reiteración periódica, con la esperanza de que les procuremos un paréntesis temporal de paz con nuestro dictamen tranquilizador por negativo».[40] Cianófilo no minimiza su importancia,

> Cometen un grave error quienes se burlan de estos enfermos o les abruman acusándoles de maniáticos. Deben de tener presente que sus molestias son sentidas —no simuladas— y que, en consecuencia merecen toda nuestra compasión y todo nuestro respeto, tanto o más que el que reservamos a los pacientes de enfermedades orgánicas concretas, por cuanto los preocupados, además de sufrir, estimulan nuestra pena por lo que de injustificado e innecesario tiene su padecer.[41]

Su interpretación no va más allá de un psicologismo ingenuo, pero,

> A estos preocupados, más que a ningún otro, es necesario llevarles al convencimiento serio, meditado y razonado del valor relativo de todo lo humano. Suele ser empresa difícil que requiere tenacidad, paciencia y colaboración del interesado y de sus familiares directos. La dificultad radica en que su temperamento les lleva a valorar desorbitadamente, y por una reacción de fondo egoísta, el conflicto del que son más o menos protagonistas… el problema de su hijo, la incomprensión por su arte, el desinterés y la incomodidad per su

38 Cianófilo (1956), «Los preocupados (I)», Destino (Barcelona), 989: 22.

39 Cianófilo (1956), «Los preocupados (I)», Destino (Barcelona), 989: 22.

40 Cianófilo (1956), «Los preocupados (III)», *Destino* (Barcelona), 991: 21.

41 Cianófilo (1956), «Los preocupados (III)», *Destino* (Barcelona), 991: 21.

trabajo, la base, en fin. de sus molestias, llega a absorber la casi total capacidad de actividad de su pensamiento. Su espíritu y su mundo son muy pequeños.[42]

Cianófilo no asume del todo que esa demanda se inscribe en un profundo cambio cultural que afecta al significado de la consulta médica puesto que nada tiene que ver con el concepto clásico de «enfermedad». En su columna, la tuberculosis o la sífilis no son un problema, responde a ellas con los criterios tradicionales, en cambio las preocupaciones son un desafío a su formación clínica y la no siempre adecuada respuesta de los médicos le hace dirigirse sobre todo a ellos.

Tres décadas más tarde Agustina, una de mis informantes, ante una pastilla que tenía en casa, me dijo que «me lo recetaron porque tuve un arrebato de colesterol».[43] No era una «enfermedad» pero ella ya había incorporado «el colesterol» a sus «preocupaciones» y tomaba religiosamente el medicamento. En la literatura científica actual, a su «preocupación» se la llama *medical concern* (White, Horvitz, 2009a, 2009b). Puede derivar de ver *House M.D.* (Comelles, Brigidi, 2014), de navegar por Internet para informarse, de ser agente activo (Allué, 2013; Llamero, 2015) o de tomar conciencia de ello en un anuncio[44] emitido en YouTube y en las cadenas de televisión generalistas españolas donde Vicente del Bosque, que fue entrenador de la Selección Española de Futbol, llama a una puerta:

El hombre: ¡Vicente del Bosque!
La mujer: ¡Sí!, le hemos llamado nosotras.
La hija: Estamos *preocupadas* por tu colesterol.
El hombre: ¡Uff!, un par de días de dieta y listo…
Vicente del Bosque: Con el colesterol no puedes esperar… haz caso a tu familia.[45] Voy a ser tu entrenador, pero tendrás que poner de tu parte y tomar un Danacol® cada día.
La hija: Papá, ¡lo conseguiremos![46]

En el comercial, Vicente del Bosque aparece como nuevo mediador. Aconseja, pero ni es médico ni queda claro que tenga el colesterol alto. Representa un paso más en un proceso de cambio cultural. La hegemonía

42 Cianófilo (1956), «Los preocupados (III)», *Destino* (Barcelona), 991: 21.

43 Sobre el mercado de las estatinas, los reductores de la tasa de colesterol, ver David (2011).

44 *Anuncio Danone Danacol*: <https://www.youtube.com/watch?v=sdoJ0b3Tn0U>.

45 *Anuncio Danone Danacol* 0’03’ a 0’15”: <https://www.youtube.com/watch?v=sdoJ0b3Tn0U>.

46 *Anuncio Danone Danacol* 0’19’ a 0’25”: <https://www.youtube.com/watch?v=sdoJ0b3Tn0U>.

del relato ya no está en manos de profesionales, aunque se construya a partir de la ciencia experimental, sino de un «famoso». La persuasión no se refiere a una enfermedad específica, como a un «riesgo» en el que las hijas presionan al padre mediante el consejo de Del Bosque. El ámbito es, episódicamente, la televisión generalista, pero mucho más los canales de la Web 2.0. El relato remite a salud y prevención, no directamente, aunque si implícitamente porque la legislación impide que sea explícito, a la terapéutica.

El caso del «canal» *Danacol®* no es una anécdota, muestra una transición que se proyecta, desde hace una década, con el desarrollo de las plataformas 2.0. y que conduce a una revolución, en el sentido cultural del término, en la oferta de pluralismo asistencial. El caso de los «alimentos funcionales», como los del «canal» *Danacol®* ya no cuentan con el médico y con un relato experto. Se basan en una concepción global de la *folk medicina* en donde el viejo dualismo entre médico y paciente, entre experto y lego —la relación de *auctoritas* presente también en la vieja literatura de popularización— se desvanece en manos de nuevos procedimientos de mediación, de persuasión, de aprendizaje distintos. La distinción que hiciera Kleinman (1980) entre sector «profesional», «popular» y *folk* carece de sentido, no son sectores independientes sino uno solo, flexible, abierto, cambiante en el cual los los movimientos de pacientes suponen también una revolución en dos terrenos complementarios: el de la toma de conciencia de los propios ciudadanos y el de los pacientes sobre la necesidad de no alienar el derecho a decidir sobre sus cuerpos (Allué, 2013), y el que esto es posible precisamente por la horizontalización de la información sobre salud, enfermedad y atención que ofrecen actualmente la Web 2.0 y que sitúa a los ciudadanos ante la necesidad de poder acreditar la calidad de la información que se les ofrece (Llamero, 2015).[47]

En este contexto aparecen nuevos conceptos. Voy a considerare uno de ellos para concluir este capítulo, el de *medical concern* (Whyte *et alii* 2009a, 2009b) un término que pone de relieve como las preocupaciones de salud de los ciudadanos pueden proyectarse directamente —incluso hasta llegar a la obsesión— en las consultas en las plataformas 2.0. Delimitar los *medical concerns* implica desarrollar nuevos taxones clasificatorios que permitan clasificarlos por un lado y, se hace posible construir —como

47 Ver también el capítulo de Lluisa Llamero en este libro.

hiciera Munthe con la colitis—, otros que debidamente canalizados puedan ser *enbodied* por la ciudadanía

Bibliografía

Ackerknetch, Erwin H. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.

Adriano, Alessandro (1932). *Carmi, tradizioni, prejudizi nella medicina popolare calabrese. Spunti Folkloriste*. Cosenza: Arnaldo Forni editore.

Agramont, Jacme d' (1971). *Regiment de preservació de pestilència*. [Edición de Joan Veny] Barcelona: Excelentísima Diputación Provincial.

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1947). «La medicina indígena». *América Indígena*, 7(2): 109–125.

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1994). *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México*. Veracruz: Universidad Veracruzana.

Alcanyís, Lluís (1999). *Regiment preservatiu e curatiu de la pestilència*. València: Universitat de València. [Introducció per José M. López Piñero. Estudi i edició a cura d'Antoni Ferrando].

Allué, Marta (2013). *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Amades, Joan (1980). *Folklore de Catalunya, vol III*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Selecta.

Barona, Josep L.; Cherry, Stephen (2005). *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*. València: Universitat de València.

Barrett, Frank A. (2002). «The role of French-language contributors to the development of medical geography (1782-1933)». *Social Science & Medicine*, 55(1): 155–65.

Bartoli, Paolo (1984). «La medicina popolare e la construzione del sistema sanitario público nello stato unitario italiano». En: Seppilli, Tullio (ed.), *La medicina popular.* Perugia: Argo Edizioni, 23–30.

Bendick, Chistoph (1989). *Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904: ein Beitrag zur Geschichte der Ethnopsychiatrie*. Köln: Kohlhauer.

Bergue, Ebbe W. P. (1909). *Några ord om öronsjukdomarna i den skånska folkmedicinen*. [s.l.] [s.e.]

Bienville, J. D. T. de. (1775). *Traité des erreurs populaires sur la santé …* La Haya: Chez Pierre-Frederic Gosse.

Black, William G. (1883). *Folk-Medicine. A Chapter in the History of Culture.* London: Eliot Stock for the Folk-lore Society.

Black, William G. [1889] (1982). *Medicina Popular. Un capítulo en la historia de la cultura* [Trad. de Antonio Machado y Álvarez] Barcelona: Alta-fulla. [Edición facsimil].

Boorde, Andrew (1547). *The Breuiary of Healthe, for All Maner of Sicknesses and Diseases the Which May Be in Man Or Woman, Doth Followe Expressyng the Obscure Termes of Grek*. Eebo Editions, edición facsímil

Browne, Thomas (1658). *Pseudodoxia Epidemica: Or, Enquiries Into Very Many Received Tenents, and Commonly Presumed Truths*). London: Printed by R.W. for Nath. Ekins, at the gun in Pauls ChurchYard (3rd ed.) [Trad. francesa (1738). *Essai sur les erreurs populaires ou examen de plusieurs opinions reçues comme vraies qui sont fausses ou douteuses*. Paris: Chez Briansson]; [Trad. castellana (1774). *Ensaio sobre los errores populares o examen de muchas opiniones recibidas como verdaderas, que son falsas o dudosas, Volume 1* (Manuscrito)]. [Consultado el 08/12/2016].

Boudin, Jean C. (1848). *Etudes de pathologie comparée*. París: Baillière. [Consultado el 08/12/2016].

Boudin, Jean C. (1861). «Essai de pathologie ethnique: de l'influence de la race sur la fréquence, la forme et la gravité des maladies». *Annales d'Hygiène Publique et Médecine Légale*, *XVI-XVII*, 5–50: 64–103

Bouza Vila, Jerónimo (2002). *El hombre como problema. Filosofía, ciencia y subversión en la Antropología del Siglo xix*. Barcelona: Ediciones del Serbal.

Caponi, Sandra; Martínez-Hernáez, Angel (2013). «Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos». *Scientiae Studia*, V(3): 467–89.

Carlino, Andrea; Jeanneret, Michel (2009). *Vulgariser la médecine: du style médical en France et en Italie, xvie et xviiie siècles*. Paris: Librairie Droz.

Caro Baroja, Julio (1967). *Vidas mágicas e inquisición.* 2 vols. Madrid: Ediciones Taurus.

Casco-Solis, Juan (2001). «Las topografías medicas: revisión y cronología». *Asclepio*, 53(1), 213–244. [Consultado el 08/12/2016].

Castejón, Ramón; Perdiguero, Enrique; Ballester, Rosa (2006). «Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la pro-

tección de la salud materno-infantil (1900-50)». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13: 411–437. [Consultado el 08/12/2016].

Castel, Françoise, Castel, Robert, Lovell, Anne (1979). *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*. Paris: Bernard Grasset.

Castillo de Lucas, Antonio (1958). *Folkmedicina: medicina popular, folklore médico, etnomedicina, demoiatria etnoiátrica*. Barcelona: Dossat.

Charuty, Giordana (1997). «L'invention de la médecine populaire». *Gradhiva*, 22: 45–57.

Chatelain, A. (1865). *Des erreurs et préjugés populaires en médecine*. Neuchatel: Delachaux et Sandoz. [Consultado el 08/12/2016].

Chernoviz, Pedro L. N. (1851). *Diccionario de medicina popular III en que se descrevem, em linguagem accomodada à intelligencia das pessoas estranhas á arte de curar, vol III*. Rio de Janeiro: E. & H. Laemmert. [Consultado el 08/12/2016].

Chesnel, A. de. (1856). *Dictionnaire des superstitions, erreurs, préjugés, et traditions populaires où sont exposées les croyances superstitieuses des temps anciens et modernes*. París: Jean-P. Migne. [Consultado el 08/12/2016].

Cock, A. de. (1891). *Volksgeneeskunde in Vlaanderen*. Gante: Vuystelke.

Codera y Zaidín, Francisco (1905). *Preocupaciones alimenticias. Examen de algunas ideas respecto a la alimentación del hombre y de los animales domésticos.* Zaragoza: Mariano Escar, Tipógrafo. [Consultado el 08/12/2016].

Colon, Pierre-P. (1824). *Essai sur la médecine populaire et ses dangers*. París: Didot jeune.

Comelles, Josep M. (1992). «De médicos de locos a médicos de cuerdos. La transición del manicomio al gabinete en la Psiquiatría de anteguerra (1890-1939)». *Asclepio*, 44(1): 347–368.

Comelles, Josep M. (1996). «Da superstizione a medicina popolare. La transizionae da un concetto religioso a un concetto medico». *AM Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Mèdica*, 1-2, 57–87.

Comelles, Josep M. (1997). De l'assistencia i l'ajut mutu com a categories antropologiques. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11: 32–43.

Comelles, Josep M (1998a). «From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary State». En: Greenhouse, Carol J. (ed.), *Democracy and ethnography: constructing identities*

in multicultural liberal states. Albany: State University of New York Press, 233–253.

Comelles, Josep M. (1998b). «Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine». En: Laplantine, François; Lévy, Jacques; Martin, Jean-B.; Nouss, Alexis (eds.), *Recit et Conaissance*. Lyon: Preses Universitaires de Lyon, 299-316.

Comelles, Josep M. (2015). «Preocupaciones, enfermedades folk y educación en la Cataluña franquista (1939-1959)». En: Perdiguero-Gil, Enrique; Comelles, Josep M. (eds.), *Medicina y Etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC, 171–202.

Comelles, Josep M.; Alemany, Silvia; Francès, Laura (2013). *De les iguales a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura.

Comelles, Josep M.; Brigidi, Serena (2014). «Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in Medical TV shows». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 7: 17–34.

Comelles, Josep M.; Perdiguero-Gil, Enrique (2014). «El folklore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina». En: Uribe Oyarbide, José M.; Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Antropología médica en la Europa meridional 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: Publicacions URV, 11–51.

Comelles, Josep M.; Riccò, Isabella; Perdiguero-Gil, Enrique (2014). «Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne». *Curare*, 37(2): 85–99.

Copans, Jean (1978). *Aux origines de l'anthropologie française: les mémoires de la Société des observateurs de l'homme en l'an VIII*. París: Sycomore.

Coste, Joël (2002). *La littérature des "Erreurs populaires": une ethnographie médicale à l'époque moderne*. París: Honoré Champion.

Cueto, Marcos (1994). *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation*. Bloomongton: Indiana University Press.

David, Pierre-H. (2011). «Asymptomatic cholesterol, "Wonderdrugs" and Western forma of pharmaceutical inclusión». En: Fainzang, Sylvie; Haxaire, Claudie (eds.), *Of Bodies and Symptoms. Anthropological*

Perspectives on their social and medical treatment. Tarragona: Publicacions URV, 205–222.

Delumeau, Jean (1990). *L'Aveu et le pardon: Les difficultés de la confession (xiiie-xviiie siècle)*. Paris: Fayard.

De Nino, Antonio (1891). *Usi et costumi Abruzzesi descriti da… Volume Quinto. Malattie e rimedi*. Firenze: Tipografia di G. Barbera.

Devereux, Georges (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral.

Diasio, Nicoletta (1999). *La science impure: anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. Paris: Presses Universitaires de France.

Edinburgh Veterinary Review and Annals of Comparative Pathology (1864). [Consultado el 08/12/2016].

Falk, Hjalmar (1922). *Frosken og padden i nordisk folkemedisin*. [s.l.], [s.e.].

Feijóo, Benito J. (1757). *Theatro critico universal, o discursos varios en todo genero de materias, para desengano de errores comunes (etc.). Tomo segundo*. Madrid: En la oficina de Domingo Fernández de Arrojo. [Consultado el 08/12/2016].

Feijóo, Benito J. (1765). *Cartas eruditas y curiosas en que (por la mayor parte) se continúa el designio del Teatro critico universal, impugnando o reduciendo a dudosa varias opiniones comunes, Volumen 6*. Madrid: Imprenta de Antonio Pérez de Soto. [Consultado el 08/12/2016].

Feijoo, Benito J. (1779). *Teatro critico universal,: ó discursos varios en todo género de materias, para desengaño de errores comunes:* Madrid: Joachin Ibarra, Impresor. [Consultado el 08/12/2016].

Finke, Ludwig L. (1795). *Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie, worin der historische Theil der einheimischen Völker und Staaten Arzeneykunde vorgetragen wird, 3vols*. Leipzig: Weidmannschen Buchhandlung. [Consultado el 08/12/2016].

Fissell, Mary (1992). «Readers, texts and contexts. Vernacular medical works in early modern England». En: R. Porter, Roy (ed.), *The popularization of medicine 1650-1850*. Londres & Nueva York: Routledge, 72–96)

Flügel, Doctor (1863). *Volksmedizin und Aberglaube im Frankenwalde: nach zehnjähriger beobachtung Dargestellt.* Munich: Verlag der J.J. Leutner'schen Buchhandlung. [Consultado el 08/12/2016].

Geertz, Clifford (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: GEDISA.

Gracia, Mabel; Comelles, Josep M. (2007). *No comerás*. Barcelona: Icaria.

Graham, Thomas J. (1827). *Modern domestic medicine*. Londres: Simpkin and Marshall. [Trad. castellana (1828). *Medicina moderna casera o tratado popular, en el que se ilustran el carácter, sintomas, causas, distincion y plan curativo correcto de todas las enfermedades incidentales al cuerpo humano*. Londres: Juan Davy]. [Consultado el 08/12/2016].

Heidenreich, Friedrich W. (1826). *Die vier Grundpfeiler der Volksmedizin, das Blutlassen, Brechen, Abführen und die äusserlichen Mittel.* Nuremberg: bei Riegel u. Wießner. [Consultado el 08/12/2016].

Heusinger, Charles F. (1853). *Recherches de pathologie comparée, Volume 1*. Cassel en Hesse: Chez Henri Hotop. [Consultado el 08/12/2016].

Heusinger, Karl F. (1847). *Recherches de pathologie comparée, Volume 2, Is, 1*. Cassel en Hesse: Chez Henri Hotop. [Consultado el 08/12/2016].

Hirsch, August (1860). *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie, Volume 1*. Erlangen: Verlag von Ferdinand Enke. [Trad. inglesa: (1883). *Handbook of Geographical and Historical Pathology, Volume 1*. Londres: New Sydenham Society]. [Consultado el 08/12/2016].

Hoffman, Walter J. (1889). *Folk-medicine of the Pennsylvania Germans*. Proceedings of the American Philosophical Society, 26(129): 329-352. [Consultado el 08/12/2016].

Holbach, Paul H. T. Baron d' (1770). *Essai sur les préjugés, ou, De l'influence des opinions sur les mœurs & sur le bonheur des hommes: Ouvrage contenant l'apologie de la philosophie.* Londres: s.e. [Trad. castellana: (1823). *Ensayo sobre las preocupaciones.* Madrid: Imprenta de Don José del Collado.] [Consultado el 08/12/2016].

Iharce, Jean-L. d'. (1783). *Erreurs populaires sur la médecine* . Paris: Chez l'auteur. [Consultado el 08/12/2016].

Jilek, Wolfgang G. (1995). Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(4-5): 231–238.

Joubert, Laurent (1578). *Erreurs populaires au fait de la médecine et régime de santé corrigés par…* Avignon: Guillaume Bertrand. [Consultado el 08/12/2016].

Joubert, Laurent (1586). *Seconde partie des Erreurs populaires, et propos vulgaires, touchant la medecine et le regime de santé refutés ou expliqués par …* Paris: Pour Abel Angelier. [Consultado el 08/12/2016].

Keel, Pamela K.; Klump, Kelly L. (2003). «Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology». *Psychological Bulletin*, 129(5): 747–69.

Knipper, Michael (2005). «Nuevas tareas médicas en la nueva Rusia" (1924): La visión de patología étnica y medicina científica de Max Kuczynski en los años anteriores a su emigración al Perú». *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 7(8): 247–254.

Kuczynski, Maxime (1925). *Steppe und Mensch. Kirgisische Reiseeindrücke und Betrachtungen über Leben, Kultur und Krankheit und ihre Zusammenhänge*. Leipzig: S. Hirzel. [Consultado el 08/12/2016].

Kuczynski-Godard, Maxime (1944). *La vida en la Amazonía peruana. Observaciones de un médico.* Lima: Libería Internacional del Perú.

Larrea, Cristina (1997). *La cultura de los olores: una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito: Ediciones Abya-Yala.

Laugier, J.-B. (1801). *Des préjugés en médecine. Premier rabat-joie des vaccinateurs*. De l'Imprimerie de J. M. Cuchet. [Consultado el 08/12/2016].

Le Brun, Pierre (1733). *Histoire critique des pratiques superstitieuses qui ont seduit les Peuples et embarrassé les savants*. Amsterdam: Chez Jean-Frederic Bernard. [Consultado el 08/12/2016].

Lesky, Erna (comp.) (1984). *Medicina social: estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Traducción castellana e introducción por José M. López Piñero]

Llamero, Lluïsa (2015). *La credibilitat connectada. Pràctiques i representacions discursives de les audiències d'internet en els camps de la salut, l'economia i el turisme.* Tesi de doctorat. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. [Consultada el 10/12/2016].

Lloret y Martí, Francisco (1726). *Apologia de la medicina, y sus doctos professores, contra los criticos, y defensa de la doctrina de Hypocrates, y Galeno, contra los errores vulgares*. Madrid: En casa de Juan de Moya. [Consultado el 08/12/2016].

Manderson, Leonora (2002). *Sickness and the State: Health and Illness in Colonial Malaya, 1870-1940*. Cambridge: Cambridge University Press.

Martinez-Hernaez, Ángel (2000). *What's Behind The Symptom?: On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Amsterdam: Harwood Academic.

Menéndez, Eduardo L. (2016). «Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos». *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1): 109–118.

Miller, Stephen (2008). «A Note on Black's Folk-Medicine (1883) and a Preliminary Folklore Bibliography». *The Folklore Historian*, 25: 3–22.

Munaret, Jean-B. (1840). *Du médecin des villes et du campagne: moeurs et science*. Deuxieme edition. Paris: Germer Baillieres, Libraire Editeur. [Consultado el 08/12/2016].

Munthe, Axel (1940). *La Historia de San Michele*. 6ª ed. Madrid-Barcelona-Buenos Aires: Editorial Juventud.

Osiander, Johann F.; van Oort, J.A. (1863). *Volksgeneeskunde of eenvoudige middelen en raadgevingen tegen de kwalen en krankheden der menschen*. Leeuwarden: L. Schierbeek. [Consultado el 08/12/2016].

Pauc, Elise (1882). *Des erreurs et des préjugés populaires en médecine*. Montpellier: Imprimerie Centrale du Midi. [Consultado el 08/12/2016].

Perdiguero-Gil, Enrique; Ballester Añón, Rosa (2003). «Federico Rubio y el Folklore médico». En: Carrillo Martos, José L. (ed.) *El Dr. Federico Rubio Gali: Medicina y Sociedad en el siglo xix*. Ayuntamiento del Puerto de Santa María, 475-496.

Perdiguero-Gil, Enrique; Comelles, Josep M. (2014). «Medicina popular, compromiso profesional y educación sanitaria en España». *Scripta Ethnologica*, XXXVI: 7–40. [Consultado el 08/12/2016].

Peset, José L. (1983). *Ciencia y Marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona: Crítica.

Pitrè, Giuseppe (1896). *Medicina popolare siciliana*. Torino: C. Clausen.

Porter, Roy (1992). *The Popularization of medicine, 1650-1850*. London & Nueva York: Routledge.

Pouchet, Georges (1864). *De la pluralité des races humaines essai anthropologique par…* Paris: Victor Masson et fils. [Consultado el 08/12/2016].

Prats, Llorenç (1996). *La Catalunya rancia. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mediques*. Barcelona: Alta-fulla.

Richerand, Anthelme (1812). *Des erreurs populaires relatives à la médecine*. París: Chez Caille et Ravier, Libraires. [Trad castellana: (1826). *De*

los Errores populares relativos a la medicina,. Paris: Impr. de J. Smith. [Consultado el 08/12/2016].

Rodríguez López, Jesús (1896). *Las preocupaciones en Medicina. Conocimientos útiles a la familia*. Lugo: Imprenta de «El Regional».

Rodríguez Ocaña, Esteban; Perdiguero-Gil, Enrique (2006). «Science and social persuasion in the medicalization of childhood in 19th- and 20th-Century Spain». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13 (Junio), 303–324. [Consultado el 08/12/2016].

Rosen, George (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI.

Rouveroy, Frédéric; Chopin, Jean-M. (1834). *Le petit libraire forain ou la morale de Jacques le bossu: ouvrage dirigé contre les royances superstitieuses, les préjugés et les erreurs populaires*. Cinqiueme Edition. Paris: Chez L. Hachette. [Consultada el 08/12/2016].

Rubel, Arthur (1964). «The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America». *Ethnology*, 3(3), 268–283.

Saillant, Francine; Genest, Serge (2007). *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden, MA. Oxford: Blackwell.

Salcedo y Ginestal, Enrique (1898). *Madre é hijo: doctrina científica y errores, vulgares en obstetricia y pediatría*. Madrid: Imprenta de Ricardo de Rojas. [Consultado el 08/12/2016].

Salgues, Jacques-B. (1810). *Des erreurs et des préjugés: répandus dans la société*. Paris: Chez F. Buisson. [Consultado el 08/12/2016].

Salles, Eusèbe-F. (1849). *Histoire Générale des Races Humaines ou Philosophie Ethnographique*. Paris: Benjamin Duprat. Pagnerre. [Consultado el 08/12/2016].

Scoutetten, H. (1827). *Des Préjugés sur la médecine*. Metz: Impr. Collignon.

Simons, Robert C. & Charles Hughes (1985). *Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: D. Reidel.

Stocking, George W. (1968). *Race, Culture, and Evolution. Essays in the History of Anthropology*. Chicago: University of Chicago Press.

Stocking, George W. (1995). *After Tylor. British Social Anthropology 1888-1951*. London: The Athlone Press.

Stocking, George W. (1996). *Volksgeist as method and ethic. Essays on Boasian ethnography and the German anthropological tradition*. Madison: The University of Wisconsin Press.

Tratados hipocráticos I. *Juramento, Ley, sobre la ciencia médica, sobre la medicina antigua…* (1990). Madrid: Editorial Gredos.

Ullesperger, Juan B. (1866). *Memoria sobre un programa de patología General*. Madrid: Imprenta de Rojas y Compañía. [Consultado el 08/12/2016].

Ullesperger, Johann B. (1868). *Die pathologie und Therapie der Dyspepsien. historisch, kritisch, theoretisch un practisch dargesstelt.* En: *Medizinische Jahrbücher. XV Band.* Wien: Im Seldstberlage der Gesellschaft, 73-96. [Consultado el 08/12/2016].

Urteaga, Luis (1980). «Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo xix». *Geo Crítica*, 5(29), 1–40. [Consultado el 08/12/2016].

Vermeulen, Hans & Arturo Alvarez-Roldán (eds.) (1995). *Fieldwork and footnotes: studies in the history of European anthropology*. London: Routledge.

Voisin, J. Charles (1831). *De quelques préjugés relatifs à la médecine dans les départemens de la Bretagne*. Chez l'auteur. [Consultada el 08/12/2016].

White, Ryen W.; Horvitz, Eric (2009a). «Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search» *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), Article 23.

White, Ryen W., & Eric Horvitz (2009b). «Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis». *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 696–700.

Zanetti, Zeno (1892). *La medicina delle nostre donne. Studio folkorico*. Città di Castello: S. Lapi Tipografo editore.

Zweig, Stefan ([1931]2006). *La Curación por el espíritu: Mesmer, Mary Baker-Eddy, Freud*. Acantilado.

LA INTERVENCIÓN DE LA INSPECCIÓN DE ENSEÑANZA PRIMARIA EN LA EDUCACIÓN SANITARIA ESCOLAR: LA PERSPECTIVA CRÍTICA DE A. MAÍLLO[1]

Aida Terrón Bañuelos
Universidad de Oviedo

Resumen: Este trabajo analiza las funciones desempeñadas por la inspección de primera enseñanza en tres momentos clave de la política educativa franquista. Se caracteriza la transición desde una función ideológica y fiscalizadora hacia otra más técnica y gestora. Se precisa su intervención en los programas educativos y sanitarios a lo largo del período. Se da cuenta de la investigación realizada en las Facultades de Pedagogía sobre educación sanitaria en ese periodo.

Palabras clave: Inspección educativa, franquismo, Alfabetización, Educación sanitaria, Pedagogía.

Intervention of inspection of primary school in health education: a. maillo critical perspective

Abstract: The paper analyzes the functions of the school inspections thought out three key moments in the educational policy under the Franco regime. It focuses on the transition from a ideological and stated-regimental to one which is more technical and managerial. It is implemented on the different educational and health programs, carried out during this period. Finally, account for the research carried out in the Pedagogy schools about Health Education in that period.

Keywords: Educational inspection, Francoism, Literacy, Health education, Pedagogy.

1 Este trabajo ha sido elaborado con la financiación de los proyectos «De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)» (Ministerio de Economía y Competitividad, HAR2012-34588) y «Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención» (finaciado por el Ministerio de Economía y Competitividad, y por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional —FEDER— «Una manera de hacer Europa», HAR2015-64150-C2-1-P)HAR2015-64150-C2-1-P) [MINECO/FEDER, UE].

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 59–80. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

El título de este texto creará unas expectativas probablemente insatisfechas. Insuficientemente exploradas, todavía, las fuentes documentales precisas para poder dar cumplida cuenta del mismo (particularmente las de ámbito local), otras razones de tipo epistemológico han contribuido a ese incumplimiento. En todo caso, con mayor o menor minucia, analizamos aquí las funciones desempeñadas por la Inspección de primera enseñanza en tres momentos clave de la política educativa franquista;[2] unas funciones que a lo largo del período transitaron de lo estrictamente ideológico y fiscalizador hacia una labor más técnica y gestora. El hilo de ese proceso y su correspondiente investigación nos ha venido marcado, una vez más, por la figura del inspector de enseñanza Adolfo Maíllo (1901-1984), con altas responsabilidades en la escuela española del franquismo. Él constituye el eje angular en torno al cual este trabajo ha terminado estructurándose, en el convencimiento de que su poliédrica biografía profesional «explica» el nicho en el que se desenvolvió la educación sanitaria escolar en la España franquista, nicho sin cuyo análisis una tarea de recuento resultaría inane. De modo que nuestro periplo en torno a la actuación de la Inspección de enseñanza primaria en al asunto que nos ocupa será un viaje guiado por la

2 Imposible resumir los lineamientos principales de esa política en este breve texto. Recordamos, para orientar su lectura, que el periodo está marcado por tres sub-periodos claros: tras la Guerra civil, la educación sufre una severa y prolongada involución hacia el autoritarismo y la autarquía, siendo objetivos del Régimen la reforma del bachillerato y de la universidad (leyes de 1938 y 1943 respectivamente) a fin de asegurar la formación de las nuevas élites ideológicas, mientras que se abandona completamente una escuela primaria que había priorizado sin contemplaciones la legislación republicana. La evolución política del Régimen tras 1951 hacia un cierto aperturismo se refleja en el ministerio de Ruiz-Giménez, que introduce un giro liberal, si bien reforzando los lazos entre Estado e Iglesia (Concordato de 1953), refuerzo que, en educación, llevará al momento de mayor apogeo del nacionalcatolicismo. Una nueva *Ley de ordenación de la enseñanza media* (se atenderá también a la formación profesional), los *Cuestionarios Nacionales* de enseñanza primaria y diversas reformas universitarias son medidas adoptadas en el periodo. La destitución de este ministro marca el comienzo de la llamada etapa tecnocrática, que supone el relevo ideológico de la Falange por sectores vinculados al *Opus Dei* y el despegue del nuevo modelo de desarrollo de los sesenta. El ministro de educación Lora Tamayo encarna los cambios de esa década, implantando definitivamente el modelo tecnocrático, en conexión con los Planes de Desarrollo, sin cambiar las coordenadas políticas del Régimen. La «explosión escolar» es la característica fundamental de este último periodo, que obliga a una frenética actividad legislativa introduciendo reformas en todas las escalas y niveles del sistema educativo, a veces contradictorias entre sí, cuya unidad y coherencia querrá asegurar (tras un estudio minucioso de la situación real, recogida en el llamado *Libro Blanco*) la *Ley General de Educación* de 1970.

obra de Adolfo Maíllo, viaje cuyas señales nos ha proporcionado él mismo en su obra Historia crítica de la inspección escolar en España (1989).

Tres etapas sustantivas de su biografía profesional determinan la estructura de esta exposición. Distinguiríamos, de acuerdo con ello, a) una Inspección depurada, sometida a la cadena de mando y fiel cumplidora de los principios del franquismo falangista, militarista y nacional-católico; b) una Inspección que, en el tránsito desde la autarquía (también pedagógica) al aperturismo desarrollista, cumplirá una misión de impulso y uniformización de la escuela primaria «nacional», con el concurso de diversos organismos sociales creados durante los años cincuenta por el franquismo paternalista, ya con escarceos «internacionalistas»; y, c) una Inspección de los Planes de Desarrollo y de la Ley General de Educación (LGE), técnica y supervisora, formada ya en las Secciones de Pedagogía y no en la práctica de la escuela, cuyas funciones van a determinarse desde un claro modelo de gestión empresarial. Procederemos inmediatamente a caracterizarlas, si bien antes situaremos, de manera sucinta, al personaje.

Adolfo Maíllo, un auténtico «pedagogo orgánico del Estado» (Mainer y Mateos, 2011), fue maestro de escuela rural desde 1923 e inspector provincial de enseñanza primaria desde 1932: su compromiso con el proyecto pedagógico republicano no cuestionó el que inmediatamente después adquiriría con el del franquismo nacional-católico y desarrollista. Secretario de la Junta Nacional contra el Analfabetismo entre 1952 y 1961 fue, esos mismos años, miembro de la Inspección Central a la que el ministro Ruiz-Giménez confiaría el impulso técnico de la inerme escuela española de los cincuenta. Con ese mismo objetivo, erradicar el analfabetismo e impulsar la escuela primaria, dirigió el Centro de Documentación y Orientación de la Enseñanza Primaria (CEDODEP) entre 1958 y 1964. Apartado de la administración educativa, fue, entre 1964-67, y a propuesta del ministro de Información y Turismo, Fraga Iribarne, asesor de la Junta Nacional de Información, Turismo y Educación Popular; y, en esos mismos años, Vocal de la Comisión de actividades Culturales en el I Plan de Desarrollo Económico y Social. Retornado al Ministerio de Educación, fue Director de la División de Educación de Adultos y de Extensión Cultural del Ministerio de Educación Nacional desde 1968 hasta su jubilación en 1971.

Una biografía profesional que atraviesa y delimita los meandros de la educación primaria y de la «educación fundamental» —la destinada a la población adulta analfabeta— que durante las décadas de 1950 y 1960 el franquismo «sirvió» a las clases populares rurales y urbanas, esto es, a un

campesinado que progresivamente iría desangrándose en el aluvión suburbial de las ciudades industriales del desarrollismo. Biografía y contexto que conforman el nicho en que se ubica su empeño por difundir, desde las responsabilidades que le incumbían, la propuesta de «educación sanitaria escolar» que entonces estaba haciendo la OMS-UNESCO, concretada en Recomendaciones y Programas dirigidas a las administraciones sanitarias y educativas de distintos países, entre ellos España, y de la que hemos dado cuenta en otros trabajos. (Terrón, 2015a)

La continuidad que se aprecia en esa biografía es, sin duda, consecuencia de su inequívoca identificación con el enfoque sociocultural de la educación, que preside el conjunto de sus actuaciones. Desde él rechazará sistemáticamente la idea de un sujeto educativo unitario y universal; obviarlo supondría condenar al fracaso cualquier intervención educativa, afirma. Dado que la fragmentación social y la cultural establecen líneas de demarcación entre los individuos y los grupos sociales, el educador, sea cual sea el ámbito educativo-cultural en el que trabaje, debe incorporar a su acción una perspectiva antropológico-cultural que le permita sintonizar con el grupo; una perspectiva que reclamaba ya en sus escritos de los años treinta, cuando la cultura de masas conformó cosmovisiones y programas de acción claramente ideológicos y partidistas. Entonces, manejando un concepto neokantiano de cultura como obra de colaboración social necesariamente pegada a la comunidad, pedía al maestro que fuese (también) historiador, psicólogo racial y folklorista. En los cincuenta, entonces ya profundamente conocedor de la Sociología, la Psicología Social y la Antropología Cultural europea y norteamericana, seguía manteniendo similares posiciones.[3] De ahí su sensibilidad hacia la alfabetización «cultural» que la UNESCO estaba proponiendo en los 50 para encarar la «educación fundamental»;[4] y también hacia el esquema de «educación

3 Sus obras *La educación en la sociedad de nuestro tiempo* (1961) y *Cultura y Educación popular* (1968) constituyen una buena síntesis de los sucesivos trabajos que fueron conformando su «sistemática». De los incluidos en la primera obra han sido especialmente utilizados en este texto los siguientes: «Problemas de educación popular»; «Tipos y orientaciones de educación popular»; «Antropología de las comarcas subdesarrolladas y educación fundamental». De la segunda: «Enseñanza, cultura y educación popular»; «Educación popular y teleclubs» y «Educación popular y política cultural». Para ver la relación de sus artículos sobre educación sanitaria remitimos a Terrón (2015a).

4 Definida por la UNESCO en su XXVI reunión (París, 1951) como «la instrucción mínima y general que tiene por objeto ayudar a los niños y a los adultos privados de las

sanitaria escolar» que proponía la OMS-UNESCO, y, particularmente, la versión que de la misma hizo el Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria de Perugia (Comelles, Riccò, Perdiguero-Gil, 2014): ambas confiaban su éxito al atento y respetuoso acuerdo con las realidades antropológico-culturales de los grupos humanos a los que se dirigía; especialmente cuando estos formaban parte (y ese era el caso español) de los llamados países en vías de desarrollo.

Cuando, llamado por Fraga Iribarne, hubo de ocuparse de poner en marcha los «teleclubs»,[5] se vio nuevamente obligado a reflexionar sobre la formación que cabría impulsar desde ellos. Los conceptos de «cultura», «educación», «desarrollo», «divulgación», «educación popular», «educación comunitaria», «animación sociocultural», «educación permanente», «educación de adultos», así como sus pertinentes métodos, forman parte de una sistemática reflexión y documentación que le cualifican para comprender una educación sanitaria que Maíllo veía, en la España de los años sesenta, formando «parte de un plan de desarrollo económico y social» (Maíllo, 1965: 43). De hecho ese era también un ámbito que conocía bien por su condición de vocal de la Comisión de Actividades Culturales del Plan de Desarrollo Económico y Social (1964-1967), un campo que ya había pisado anteriormente como Consultor de la UNESCO para el estudio del Proyecto Principal «La educación en los planes de desarrollo económico en América Latina». Fue el primer pedagogo que habló y escribió en España sobre Educación social y el primero en presentar y promover el papel de los Servicios Sociales, del Trabajo Social y del Servicio Social Escolar. Es fácil comprender que el cruce de este conjunto de perspectivas le llevara a hacer saltar por los aires el molde de la antigua Higiene Escolar.

ventajas que ofrece la instrucción oficial a comprender los problemas que se plantean en su medio ambiente inmediato, así como sus deberes y derechos de ciudadanos e individuos, y a participar de un modo más eficaz en el proceso social y económico de su comunidad» (Maíllo, 1968: 226).

5 Los «teleclubs» eran salas equipadas con un televisor en blanco y negro ubicadas en aldeas y municipios rurales durante la década de lo sesenta por iniciativa del Ministerio de Información y Turismo.

La inspección durante la posguerra: higiene de la raza; la amenaza infecciosa.

El Cuerpo de Inspectores de Primera Enseñanza, como órgano sustantivo al servicio del Estado para dirigir y controlar la enseñanza, se reguló en 1849. A sus funciones, básicamente estables en el tiempo, se irían añadiendo la orientación, el asesoramiento y la dirección técnica de las escuelas, pudiendo hablarse ya de una inspección pedagógica desde 1910. Comenzó entonces la importación a nuestra escuela de las metodologías y las dinámicas escolanovistas europeas y americanas, cuyo momento culminante se sitúa entre 1931-35. Extenderlas a la escuela sería misión de esa inspección pedagógica en la que la II Republica había puesto su confianza para implantar su modelo escolar y transformar la educación española. En apoyo de ese objetivo se incrementó notablemente el número de efectivos —de 207 miembros en 1931 a 354 en 1935— y se abrió el acceso al Cuerpo a maestros y maestras con cinco años de buenos servicios. Esa experiencia práctica se sumaría a la formación especializada recibida que se les impartía en la Escuela de Estudios Superiores del Magisterio, creada a ese fin ya en 1909 y que fue el antecedente de las Facultades de Pedagogía. La mayoría de los egresados de ese centro formativo serían, además, becados en diversas instituciones pedagógicas europeas con el fin de ampliar su especialización. Se conformó así un cuerpo de indudable marchamo republicano, al que las autoridades educativas franquistas aplicaron, desde 1938, un radical descabezamiento. La depuración apartó del servicio a ciento veinte miembros, un 35% del total, uno de los porcentajes más altos en los cuerpos del estado.[6]

En sus visitas a las escuelas, reanudadas en 1938, el inspector tenía como obligación prioritaria asegurarse de que la formación religiosa quedase ampliamente cubierta, en medida no menor que la patriótica y la física, consideradas ramas sustanciales del complejo educativo que potenciaron las pedagogías fascistas. El inspector que, en sentido amplio, era un «asesor y colaborador en la sociedad de la obra educativa», quedaba, en sus funciones, completamente sometido a la cadena de mando. Desde aquel momento y ¡¡hasta después de 1970!! ello le obligaba a respetar escrupulosamente la parcela curricular, diferenciada e independiente que,

6 En las oposiciones «patrióticas» celebradas en 1947 ingresaron ciento veinte miembros y otros dieciocho en 1950. En 1960 la plantilla «alcanza» la cifra del año 1932.

desde el primer momento, las autoridades educativas y militares habían asignado al Movimiento y a la Iglesia: las enseñanzas de Formación del Espíritu Nacional (formación política y educación física) y, en las niñas, Labores del Hogar; además de la Formación religiosa en todas su «modalidades».

Fueron los inspectores Antonio Juan Onieva y Agustín Serrano Haro quienes marcaron, en textos canónicos, la pauta de una formación higiénica de los escolares que se pretendía estrechamente acorde con las políticas natalistas del Régimen e inserta en el ideológico enunciado de «higiene de la raza hispánica». Sus preceptos, de cuyo cumplimiento por maestros y maestras se encargaban a pie de escuela los inspectores, concordaban estrechamente con los que, a su vez, les «dictaban» las poderosas organizaciones del Movimiento, tanto el Servicio Español del Magisterio (SEM) como las organizaciones de FET y JONS, especialmente la Sección Femenina. Desde la revista Consigna médicos especialistas trataron de hacer de las maestras «colaboradoras prácticas» en saberes de puericultura, alimentación y crianza infantil, es decir, en el saber y el destino propios de la «mujer hispánica». Sin embargo las «recomendaciones» que esos inspectores hacen a los maestros guardan sustantivas diferencias entre sí, reflejo de sus respectivas trayectorias formativas, pero también de la mixtura y superposición que caracteriza aquella etapa. Mientras que un Onieva «viajado» por la «ruta» europea de la Paidología y la Psicología de la mano de la Junta de Ampliación de Estudios en los años republicanos instaba al maestro «franquista» a actuar como un psicómetra, antropómetra e higienista; Serrano Haro, un hombre de Falange y trallado maestro rural, recomendaba al aislado enseñante, percibido como un francotirador en lucha por la cultura, buscar la complicidad del médico rural como guía de su acción higiénico-social en la escuela, una acción que lo era también cultural (Terrón, 2015b).

Sabemos que la Inspección colaboró ocasionalmente con la Sanidad local y provincial ante graves episodios infecciosos. Ocurrió en Sevilla, en 1942, ante la altísima difusión del tracoma «en diversas zonas de la capital y la mayoría de los pueblos de la provincia», agravada por un imparable contagio en el medio familiar que lo incapacitaba como espacio apropiado para afrontarla. Sanidad solicitará la colaboración de la escuela para realizar un tratamiento «regular y prolongado» de los enfermos y la autorización para aislar en «Escuelas para tracomatosos» a aquellos niños infectados que serían, de no concederse, condenados «a la ociosidad y el

vagabundeo» por el peligro de contagio. La Inspección de enseñanza acogerá la iniciativa solicitando de la Dirección General de Primera Enseñanza (DGPE) la realización de un cursillo teórico-práctico con un extenso programa de conferencias y actividades prácticas destinado a los maestros y maestras afectados por la medida; permitiendo además a ambos servicios «organizar y establecer el Servicio conveniente, en los grupos escolares, para la mejor asistencia de los niños».[7] Más allá de estos episodios, la temática higiénico-pedagógica aparecerá tratada en esa misma década, si bien excepcionalmente, en las Semanas Pedagógicas de Perfeccionamiento del Magisterio (rural) organizadas por el SEM y en las Semanas de Misiones Pedagógicas del Instituto San José de Calasanz (del CSIC), impulsadas por la Inspección provincial de primera enseñanza.[8]

Para completar esta tipología de intervenciones habría que referir las actividades a que dio lugar la encomienda a la Inspección de colaborar «con los diversos organismos sociales encargados de administrar la obra de la escuela». Podemos suponer, a falta de investigaciones locales, que esta colaboración «entre autoridades» era frecuente y variopinta: sabemos, por ejemplo, que, durante su etapa como inspector jefe en Salamanca, Maíllo organizó unos sonados cursillos para el magisterio sobre instituciones sociales de la escuela (cotos y mutualidades escolares), organizó colonias escolares en la sierra de Béjar y ejerció responsabilidades en la dirección del Hospicio Provincial.

Primera modernidad: analfabetismo, nacionalización de la escuela, políticas paternalistas, desarrollo.

Desde 1947, sólo unos años después de su creación, la UNESCO preparaba una campaña mundial de lucha contra el analfabetismo bajo el lema «La educación de base, fondo común de la humanidad» considerándola

7 «Programa que presenta la Inspección de Enseñanza Primaria de Sevilla y el Jefe Provincial de Sanidad de dicha ciudad para llevar a cabo el Cursillo teórico-práctico sobre profilaxis del tracoma y enfermedades oculares de los niños». Archivo General de la Administración, Legajo 16.711.

8 Por ejemplo, en Albacete (1942) conferencias del médico puericultor Pérez Bru (*Higiene infantil; Cuidados de urgencia del niño*) y de García Hoz (*El maestro en relación con el médico y con el sacerdote como electos educadores*); en Alicante (V semana Pedagógica de Alicante, 1944) del inspector de primera enseñanza Otero Sastre, *El maestro rural y la higiene;* en Huesca (XII Semana de Misiones Pedagógicas, 1945) del médico puericultor Lorenzo Loste, *La higiene infantil.*

una estrategia clave de su misión pacifista. Tras sufragar algunos proyectos piloto de alfabetización, las Conferencias Internacionales comprendieron pronto la insuficiencia de la enseñanza de la lecto-escritura si se pretendía capacitar «a hombres y mujeres llevar una vida más feliz en armonía con la evolución de su medio, de desarrollar los mejores elementos de su cultura nacional y facilitarles el acceso a un nivel económico y social que les ponga en condiciones de desempeñar un papel activo en el mundo moderno».

Y hubo de preguntarse por el sentido de la educación de base o «educación fundamental» —un asunto que generó amplios debates— para adaptarse a cambios que estaban ocurriendo muy rápidamente por la expansión imparable que, en los países desarrollados, experimentó la escuela primaria en la década de los cincuenta y que dejó el analfabetismo, que afectaba todavía a más de la mitad de la población mundial, «refugiado» en la población adulta.

Por ello, en esos países, la «educación fundamental» se transformó en «educación de adultos», debatida en diversas Conferencias Internacionales específicas sobre ella (Elsinor 1949; Montreal 1960). Los países en vías de desarrollo, especialmente de América Latina, siguieron, sin embargo, otra dirección. En 1951, por acuerdos entre la UNESCO, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el gobierno de México se firmó un acuerdo para establecer en Pazcuataro un centro de formación de personal especializado denominado Centro Regional para la Educación Fundamental en América Latina, que planteaba una educación de la comunidad y para la comunidad en la que los aspectos sanitarios resultaban esenciales. (Maíllo, 1961)

España era, en esos momentos y a esos efectos, un país subdesarrollado. La tasa de escolarización entre 6 y 12 años era del 70% en 1950; una cifra que habría que interpretar cualitativamente a la baja atendiendo a parámetros como la asistencia irregular, discriminación por sexo y clase social, organización mayoritariamente unitaria de la escuela, etc. Por su parte, la de analfabetismo neto era, el mismo año, del 17,3%; en conjunto, una situación difícil remontar si se quería poner a España a tono con las orientaciones internacionales. Esa fue la pretensión del ministerio de Ruiz-Giménez (un falangista con importantes contactos con los sectores católicos europeos)[9] que se apoyó en la Inspección central para vitalizar

9 En el Gobierno franquista de los años 1951-1957 se redujo la presencia de ministros falangistas, incrementándose los de filiación católica, entre ellos Joaquín Ruiz-Giménez, que

la escuela primaria. Los Cuestionarios nacionales (1953) pretendían, justamente, uniformizar y sistematizar la formación escolar, modeladora de hábitos y conductas más que meramente instructiva, de acuerdo, acaso, con los aires que respiraba la «educación fundamental» a que nos hemos referido; otras medidas, algunas con directa implicación en la educación sanitaria, fueron la construcción de 22788 unidades escolares (de un déficit calculado de 42000 unidades) y la transmutación del Servicio de Comedor Escolar, de carácter asistencial, en Servicio de Protección a la Alimentación Escolar Infantil, el cual, gracias a la Ayuda Social Americana y, años más tarde, al apoyo de UNICEF y FAO a través del programa EDALNU, consiguió mejorar la alimentación de los escolares españoles. La implicación de la inspección de primera enseñanza en los comedores escolares tras la creación del SEAN (1954) iba a ser completamente absorbente.

Para enfrentar la otra lacra señalada, el analfabetismo, en 1950 se creó la Junta Nacional contra el Analfabetismo, de la que Maíllo fue secretario. Implicó a los ministerios de Gobernación, Ejército, Trabajo y al Consejo Nacional de Educación, el Frente de Juventudes, la Sección Femenina y al Instituto San José de Calasanz,[10] etc. siendo «sus» Juntas provinciales y locales las que recibieron el encargo de realizar un censo nacional de analfabetos que precisase «la extensión del mal» y estimulase campañas de alfabetización de ámbito local. Se pudo perfilar entonces un mapa que

---

lo sería de Educación entre 1951-1956. Su política educativa, especialmente tras la firma en 1953 del Concordato con la Santa Sede —en la que él tuvo un papel destacado— conduciría al momento de mayor esplendor del nacional-catolicismo en educación. Cesado fulminantemente por el Régimen tras los «sucesos universitarios» de 1956, su ministerio inició una tímida racionalidad tecno-burocrática o tecnocracia economicista impulsando, gracias al notable incremento de créditos asignados a Educación, las construcciones escolares, los centros estatales de bachillerato, y, expresamente, la tecnificación de la escuela primaria: por primera vez en nuestro país unos *Cuestionarios Nacionales para la Primera Enseñanza* (1953) redactados por un equipo de Inspectores centrales de educación pretendieron fijar y orientar los contenidos de enseñanza en la escuela española.

10 Creado por decreto de 29 de marzo de 1941 formaba parte de la estructura del CSIC. El Instituto «recogió» la herencia (los fondos bibliográficos y documentales) del suprimido Museo Pedagógico Nacional que habían impulsado y dirigido los institucionistas (concretamente M. B. Cossío) desde su creación en 1882. Al San José de Calasanz, dirigido casi desde su inicio por Victor García Hoz, catedrático de Pedagogía Superior de la Universidad de Madrid, se le atribuyó la «alta» investigación pedagógica, que habría de orientar la metodología de la enseñanza en los niveles educativos primario y secundario. La creación del CEDODEP años después crearía distorsiones dentro de este esquema.

identificaba las zonas de alta acumulación de analfabetos: las veinte provincias en que se refugiaba el analfabetismo oscilaban entre el 21,16% (la primera) y el 13,44% (la número veinte). Por tramos de edades, se confirmaba una menor incidencia en población de 12-21 años, y mayor en los tramos siguientes (Maíllo, 1957).

Lo interesante del proceso es que evidenció también los altísimos porcentajes del censo escolar que no asistían a la escuela (hasta del 60% en Extremadura, según han constatado algunos trabajos): fue un toque de alarma que obligó a alcaldes, gobernadores civiles e inspectores escolares a tomar cartas en el asunto; de alguna manera, buscando las causas del analfabetismo, se destapaba la miseria de la escuela. En todo caso las campañas realizadas, reducidas a clases de lecto-escritura impartidas por maestros, además de charlas de médicos y sacerdotes, fueron escasamente exitosas (Beltrán, Beltrán, 1996). Diversos concursos convocados por la Junta Nacional contra el Analfabetismo (una mecánica esta, la de los concursos, muy de la época) y algunas sesiones de estudio (Junta Nacional, 1956 y 1959) pero, sobre todo, ingentes fondos proporcionados por el I Plan de Desarrollo a la «Campaña nacional de alfabetización y promoción cultural de Adultos» (echada a andar en 1964) fueron necesarios para cambiar el estado de cosas. Se había aprendido, revisando críticamente las actuaciones previas, que convenía conocer y seleccionar comarcas en las que actuar mediante Cuestionarios que identificasen su idiosincrasia y necesidades. A propuesta de Maíllo (1961), y para los trabajos de planificación, se introdujo la distinción entre «zona deprimida» y «zona de analfabetismo intenso», dos entidades radicalmente distintas a las que corresponderían diferentes recursos terapéuticos,[11] distinción exigida para actuar ajustadamente en las comunidades retrasadas a las que se llegaba con propósito de «nacionalización cultural».

En paralelo a estas actuaciones se creó, en 1953, la Comisaría de Extensión Cultural (y «Asistencia Social» desde 1955) dependiente del Ministerio de Educación Nacional. Destinada a absorber y centralizar todo lo que se considerase «difusión cultural», comenzó absorbiendo unas Misiones Pedagógicas (parodia de las republicanas) que por esos años había organizado el San José de Calasanz; y también se «apropió» de las activi-

11 Maíllo conocía el trabajo del Dr. H. W Howes: *Educación fundamental, educación de adultos, alfabetización y educación de la comunidad en la Región del Caribe,* publicado en París, por la UNESCO, en 1956.

dades de acción cultural que la normativa (Ley de Enseñanza Primaria de 1945) encomendaba hasta entonces a inspectores y maestros sobre la población adulta (concretamente: acrecentar «mediante conferencias y lecciones sobre temas históricos, sociales y folklóricos» la idea espiritual de «nación hispánica»). La acción cultural sobre las personas en edad postescolar quedó expresamente reservada a la Comisaría, que recurrió con profusión al cine educativo, la radio escolar y otros medios audiovisuales (Escolar, 1968); unos recursos que se utilizarían también para apoyar otras actuaciones oficiales análogas, como las campañas de alfabetización o sanitarias de las que nos estamos ocupando.[12]

El saldo que arroja este segundo período es claramente negativo. Si fracasaron las actividades de educación fundamental —Extensión Cultural, Misiones, campañas de alfabetización— también lo hicieron los Cuestionarios nacionales. El círculo vicioso entre inasistencia escolar y analfabetismo adulto permanecía inamovible. Y, una vez más, se miró a los países desarrollados y se recurrió a la importación. La solución fue el CEDODEP, creado en 1958 para asistir a la Inspección en su labor de orientación al maestro, poniendo a su disposición, así como a la del maestro (en Centros de Colaboración Pedagógica locales, expresamente creados para ello) documentación diversa, modernos materiales escolares, recursos audiovisuales etc. Y, lo que fue más importante y efectivo, la publicación regular de la revista Vida Escolar, de distribución gratuita a

12 El Servicio de Extensión Cultural creó la Cinemateca Educativa Nacional y dos años después la Fonoteca; el Servicio de Medios Auditivos inició la televisión educativa, produciendo programas que comenzó a emitir Televisión Española a partir de 1968 con el título «telescuela»; también la Biblioteca de Iniciación Cultural (BIC) en 1957 a fin de combatir el analfabetismo, en retroceso ; y el Servicio de Misiones Educativas (Orden Ministerial de 28 de enero de 1958) que inició sus actividades por medio de campañas intensivas de acción cultural en comarcas atrasadas económica y culturalmente: así, en Las Hurdes, la Almogia, Nava de Suarna, etc. Colaboró en tareas de alfabetización hasta que la Dirección General de Enseñanza Primaria puso en marcha la del año 1963. Sus equipos —incluidos vehículos DKW y Citroën, y, posteriormente, el Land-Rover Santana— se usaron para reforzar campañas organizadas por el Ministerio de Agricultura en su labor de extensión agraria, campañas sanitarias y campañas de alfabetización (en entrevista oral me fue confirmado que esos vehículos se usaron por los diplomados del EDALNU para recorrer la geografía asturiana). En 1964 se crearon las Comisarias Provinciales de Extensión Cultural dado el incremento de este servicio como consecuencia de la puesta en marcha del primer Plan de Desarrollo Económico y Social; su misión era la de programar las actividades de educación de adultos en su provincia y velar por el mejor uso de los medios audiovisuales en los centros docentes (**Escolar**, 1968).

todas las escuelas nacionales del país. Como es natural, al CEDODEP se le encomendó también prestar asesoramiento técnico a «las actividades pre, circum y post-escolares y de la alfabetización y educación fundamental». Muy especialmente el apoyo técnico a la Campaña Nacional de Alfabetización y Promoción Cultural de Adultos, cuyo peso organizativo, de una enorme complejidad, recayó en la Inspección. La cual recibió el completo apoyo de Tena Artigas, Director General de Enseñanza Primaria con el ministro Jesús Rubio, que sustituía a un depuesto Ruiz-Giménez cuya cabeza habían pedido los sectores más conservadores del Régimen tras los sucesos universitarios de 1956.

La Inspección durante los Planes de Desarrollo. La pedagogía académica.

Si los recursos procedentes del Fondo Nacional para el Fomento del Principio de Igualdad de Oportunidades (1960), destinando parte de las rentas del trabajo a comedores, ayudas y becas, habían introducido algunas leves mejoras en el acceso a la educación, el auténtico empujón económico a la educación española fue consecuencia de su inclusión en los sucesivos Planes de Desarrollo Económico y Social desde 1962. La evolución de la partida de educación en los Presupuestos Generales no ofrece duda: el 9,65% en 1962 y el 15% en 1970. Jesús Rubio García-Mina, ministro de Educación entre 1956 y 1962, tendría un papel destacado en dicha inclusión. Licenciado en Ciencias Exactas y en Ciencias Políticas y Económicas, con formación en universidades de París y Nueva York, había facilitado en su momento nuestro ingreso en la UNESCO, organismo en el que ocupó cargos de responsabilidad. Unos años después, ya ministro, y probablemente por sus relaciones con el Banco Mundial, consiguió que la educación fuese incluida en dichos planes. A lo largo de 1961 y 1962 en el seno de su ministerio (Ministerio de Educación Nacional) se elaboró el Plan de Desarrollo de la Enseñanza en todos sus niveles, en relación con el Plan de 1964-67. Para una escala temporal más larga, el ministerio, en conexión con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, elaboró, a la vez, el «Proyecto Regional Mediterráneo», un estudio de las necesidades educativas hasta 1975 de acuerdo con los planes de desarrollo (MEN-OCDE, 1963). Es en esa dinámica en la que hay que insertar las actuaciones de las que vamos a dar cuenta en esta última fase.

Se ha dicho ya, y no nos extenderemos más, de la envergadura que tuvo la Campaña Nacional de Alfabetización iniciada en 1964 que continuó hasta 1974 (sustituida por la Educación de Adultos, recogida en la Ley General de Educación de 1970). Coordinada, en el nivel provincial, por un inspector «ponente» de enseñanza primaria, aunque apoyado por el conjunto de la plantilla, fue llevada a efecto por cinco mil maestros expresamente formados para ello. Con ellos colaboraron asiduamente sacerdotes, médicos y técnicos de oficios varios. Se podría decir que la campaña se adaptó al «modelo UNESCO» (definido en los Congresos internacionales citados), modelo cuestionado, a su vez, en reuniones internacionales posteriores (el Seminario Iberoamericano de Alfabetización, celebrado en Madrid en 1964 y aquellos planeados en otras Conferencias de Ministros de Educación y expertos en Planeamiento económico de los países de América Latina y el Caribe (Buenos Aires, 1966). En conjunto se aceptaba que, aunque el sentido de esta formación fuese «reparador», su carácter «sustantivo» debía desbordar la estricta alfabetización lecto-escritora para atender una auténtica educación de adultos, es decir, una educación sexual, familiar, social, laboral, política, de actualización cultural, etc. Precisamente parece que la educación sanitaria -especialmente la educación sexual- tuvo en esta Campaña una amplia cabida, algo que todavía debemos investigar.

Enormes cantidades de dinero se destinaron en los años siguientes a construcciones escolares, comedores y transporte escolar, colonias y becas para las escuelas-hogar; también a cubrir miles de nuevas plazas de maestros y maestras exigidas por una Ley de Reforma de la Educación Primaria (1965) que alargaba ya la escolarización obligatoria hasta los 14 años y, consecuentemente con ello, obligaba a especializar a miles de maestros que debían ocuparse de enseñanzas antes reservadas al bachillerato —que pasarían como cursos de 7º y 8º a los Colegios Nacionales—; y también a inspectores, directores de colegios, profesorado de escuelas maternales y párvulos, de clases de alfabetización, educación especial, etc. Excepto los de este último grupo, que fueron mayoritariamente impartidos por la Escuela Central de Anormales y el Instituto de Pedagogía Terapéutica, los cursos de especialización citados fueron asumidos por el CEDODEP, incluidos algunos de educación sanitaria, como el celebrado en Madrid en febrero de 1961(Terrón, 2015a). El más rutilante de los que hemos localizado en el ámbito provincial, no procedió, sin embargo, del CEDODEP sino de la Inspección médico-escolar de Valencia en el curso 1967-68

(otros serían organizados por la de Madrid y Barcelona, en donde se ubicaban las Secciones de Pedagogía de las Facultades de Filosofía y Letras). Se trata de un Curso de educación sanitaria e higiene escolar que adoptó el lema «Escolar sano en escuela sana». Asistieron al mismo 252 maestros y maestras seleccionados de entre 700 aspirantes procedentes de toda España, de los que finalmente 230 consiguieron la acreditación correspondiente. Las cincuenta conferencias impartidas a lo largo de tres meses por múltiples ponentes (mayoritariamente médicos valencianos y profesores de la Facultad de Medicina de esa ciudad, junto con figuras estelares como Bosch Marín, jefe de los Servicios de Higiene Infantil de la Sanidad Nacional; el Director de primera enseñanza, Tena Artigas; C.E. Turner, experto consultor de la UNESCO y del que se dice que era presidente de un llamado Organismo Mundial de Educación Sanitaria e Higiene Escolar de la ONU [sic]) fueron tomadas taquigráficamente y distribuidas a los asistentes gratuitamente por la Caja de Ahorros de Valencia.[13] Su localización es ahora mismo un objetivo de nuestra investigación.

La implicación de la Inspección en el conjunto de programas que hemos referido fue muy fuerte. Sus dimensiones requerían una dedicación especializada (regulada en 1962) asegurándose desde entonces «inspectores ponentes» de los distintos servicios en cada uno de los Consejos provinciales de educación; entre ellos el de Alimentación, Nutrición y Transporte; Colonias escolares; Educación especial y Campaña Nacional de alfabetización (López, 2013). Esta progresiva complejidad de funciones y

13 Por razones de espacio no incluimos la relación de ponentes y conferencias. La prensa (*ABC*, 23 de marzo de 1968: 63-64) se hizo eco de la asistencia de autoridades y personalidades de las Inspecciones provinciales de Enseñanza y de Sanidad, la Facultad de Medicina y Servicio Español del Magisterio. El verdadero organizador del curso fue el inspector médico-escolar Dr. José Megias Velasco, profesor de Biopatología infantil y juvenil en la Sección de Pedagogía, quien disfrutaba, probablemente en ese momento, de una beca de la Fundación Juan March para el estudio de esta temática, tras estancias en varios países sudamericanos. Megias Velasco, miembro de la Real Academia de Medicina, llegó a solicitar al Presidente de la misma se «considerase la conveniencia de admitir como agregados a la Sección de Higiene de la Real Academia a estos maestros ya diplomados [en el curso mencionado y posiblemente en otros anteriores] organismo en donde podrán adquirir la información científica que necesitan» (*ABC*, 4 de junio de 1968: 70). Su condición de becado explica que en meses siguientes organizase, junto con la Inspección Provincial de Primera Enseñanza y el Aula de Cultura de la Caja de Ahorros, otro cursillo de educación sanitaria en el grupo escolar Teodoro Llorente de Valencia, de 20 lecciones, para alumnos de 10-14 años, familiares y profesores, teniendo previstos otros sobre socorrismo, educación sanitaria, etc. (*ABC*, 26 de octubre de 1968: 67).

servicios (en un sistema educativo en pleno desarrollo y modernización) afectó también a la Inspección médico-escolar en diversos órdenes y niveles. En el más simple supuso que, al hacerse obligatorio el Libro de escolaridad personal del alumno previsto en la ley de 1965, se obligase a esa inspección a cumplimentar, al menos formalmente, una ficha tipificada sobre su «desarrollo físico y aspectos sanitarios», con información sobre enfermedades infecciosas padecidas, inmunizaciones administradas, resultados del reconocimiento odontológico, asistencia a colonias, deportes practicados, estado de la visión y la audición y el gráfico de la talla y peso.

La LGE reiteró posteriormente el preceptivo Informe sanitario de cada alumno, añadiéndose ahora «la vigilancia continua del estado sanitario» por el médico escolar, registrando sistemáticamente sus resultados en el ERPA (expediente personal del alumno). La familiarización del alumnado con el médico, los servicios de sanidad, las practicas saludables, la evitación de accidentes, los hábitos nutritivos sanos etc. se impulsaban, a su vez, desde el programa EDALNU, las colonias escolares y, muy particularmente, desde los nuevos Cuestionarios de 1965, desplegados en decenas de lecciones y actividades en los Programas escolares de 1968, expresamente atentos a la educación sanitaria; una cuestión, esta última, que la LGE dejaría en un relativo abandono (Maíllo, 1989).

En esta década desarrollista, trufada de Recomendaciones emanadas de organismos internacionales sanitario-educativos (OMS, UNESCO, FAO), concertadas a su vez con las planificaciones de los poderes económicos, financieros y políticos, la escuela va presentándose cada vez como un complejo organismo social precisado de la colaboración mancomunada de psicólogos, pedagogos, maestros, inspectores médico-escolares, asistentes sociales, padres (cuyas asociaciones comienzan a activarse), etc., única manera (se decía) de afrontar problemas muy amplios: «de tipo nutricional y sanitario, intelectual y psíquico, así como los de carácter social y adaptativo que los educandos presentan y que de ningún modo se podrán resolver como hasta aquí de modo unilateral, porque se habrá rebasado notablemente la función meramente instructiva que se venía encomendando a las instituciones docentes» (Pulpillo, 1967: 59). Palabras de quien era inspector de primera enseñanza y secretario del CEDODEP, que en su análisis acerca de la «Colaboración entre médicos y maestros para la educación sanitaria» ofrece referencias a sesudas teorías pedagógicas de la plana mayor de la Pedagogía universitaria española, en pleno auge en esos años. Una pedagogía académica que perora sobre el complejo

hacer de la escuela, a la vez que, paradójicamente, va a enfocar la función inspectora hacia un modo de hacer cada vez más próximo a los modelos profesionales del «gestor» y el «controlador» (algo propio de un Cuerpo que va sustituyendo con licenciados en Pedagogía a los antiguos maestros con experiencia). Son términos con los que Maíllo se refiere amargamente a las nuevas funciones de «organizador» y «supervisor» de escuelas que se atribuyen al Cuerpo,[14] hurtándole aquella más propia y genuina en su opinión, la de asesoramiento y formación de los maestros en ejercicio; formación que, junto con la investigación pedagógica, la LGE va a asignar precisamente a los nuevos (y, una vez más, importados) Institutos de Ciencias de la Educación (Escolano, 1989). Y dado que estos, (los ICEs), añadía Maíllo, suelen estar dirigidos por catedráticos de universidad de las más dispares áreas de conocimiento y conformados por una plantilla de profesores igualmente variopinta (profesorado variado, aunque mayormente universitario, junto a expertos diversos, entre ellos asesores de la UNESCO y otros organismos internacionales), la unidad pedagógica de la formación docente resulta prácticamente imposible.

Hemos analizado la oferta formativa para el profesorado en ejercicio realizada por los ICEs a partir del año 1970 en busca de cursos sobre educación para la salud, de los que, hasta este momento, hemos encontrado escasas referencias (concretamente en el ICE de la universidad de Oviedo para el curso 1973-4).[15] Respecto a la investigación educativa, en parte atribuida también a los ICEs, según hemos dicho, y para la que se libran importantes partidas económicas, vemos que comienzan a aparecer, ya en los años sesenta, Memorias de Licenciatura presentadas en las Facultades (o Secciones) de Pedagogía (Escolano, 1980) sobre temática higiénico-sanitaria. Hemos hecho una selección de las presentadas hasta 1975 a

14 Prueba su afirmación reproduciendo los 14 temas «empresariales» incluidos en el temario de oposiciones de la convocatoria de 1975 (Maíllo, 1989: 335).

15 Se desarrolló en julio en la Universidad de verano de Gijón. El programa: Estudio del desarrollo somático, psíquico y social. Normas elementales de higiene personal. Afecciones más frecuentes de los escolares. Asistieron 59 cursillistas de Asturias y León. Ese año la plantilla de profesores de los cursos de formación incluyó a 23 médicos, profesores de la Facultad de Medicina, del servicio de Sanidad provincial, jefes de departamento de hospitales de la región, etc. Entre el material adquirido por el ICE entonces figura el film de 16mm *Educación para la salud. Cuatro temas,* que no hemos podido localizar.

partir de lo que sugieren los títulos.[16] Madrid registra un mayor número, muchas de ellas dirigidas por Bosch Marín, profesor de Higiene Escolar de esa Facultad, quien dirigió también una tesis doctoral sobre Educación sanitaria escolar en España (1969), realizada por Evelia Vega Cortés. La consulta de estas Memorias, que no nos ha sido autorizada, podría resultar interesante: permitiría ver si desde el ámbito de la Pedagogía se trabajaba con el enfoque integral propio de la «educación sanitaria escolar» propugnado por la OMS-UNESCO, frente al que presidía el adoptado por la inspección médico-escolar en cursos que, como ocurrió en el de Valencia, el punto de vista del médico especialista primó sobre cualquier otro. Un aspecto más a tener en cuenta para comprender la decepción de Maíllo a la altura de 1968 sobre la suerte de la «educación sanitaria escolar», en paralelo a una dinámica desarrollista solo atenta a lo macro-económico.

Conclusiones

La atención a los aspectos higiénico-sanitarios atribuida por las autoridades educativas a la escuela sufrió progresivas modificaciones a lo largo del

16 Referimos la fecha y el director/a del trabajo, pero nos reservamos la autoría. Universidad de Barcelona: 1959 *Educación sexual en la adolescencia* (Moragas); 1962 *La fatiga en el niño escolar*; (Ancochera); *Las colonias de vacaciones*; (Junquera); 1964 *Las colonias de vacaciones y los deficientes mentales* (?); 1965 *Iniciación a la apicultura* (Fernández Huerta); 1971 *Enseñanza programada de la circulación* (Fernández Huerta); 1974 *La polución atmosférica y el niño en edad escolar* (¿); 1974 *La pedagogía curativa en sus dos formas de actuación …* (Quintana Trías?). Universidad de Madrid: 1958 *Iniciación sexual de la infancia* (A. Romero); 1960 *El maestro, educador sanitario* (Pacios); 1961 *La sexualidad en la infancia* (Gil Fagoaga); 1962 *Problemática sanitaria que plantea el trabajo de la mujer casada fuera del hogar* (Galino); 1963 *Accidentes de la infancia: educación y prevención* (A. Romero); 1963 *La higiene ocular en la escuela* (Galino); *El servicio social y la escuela* (Fagoaga); *Tráfico y escuela* (Yela); *La vida escolar y su transcendencia epidemiológica* (Yela); *El sueño y el reposo de los escolares* (Galino); 1964 *Importancia de la educación en alimentación y nutrición* (G. Hoz); *Higiene mental y corporal en el internado* (G Hoz); 1966 *El problema higiénico-social del niño valenciano: su pasado, presente y futuro* (Bosch Marín); *El problema de los accidentes: la escuela preventora de los accidentes domésticos, del tráfico, de la circulación y de los deportes* (Bosch); *Las migraciones como problema social sanitario y pedagógico* (Bosch); *La escuela y su transcendencia sanitaria en un medio rural* (Bosch); 1968 *La escuela rural desde el punto de vista sanitario (*Bosch); *1970 Problemas médicos y pedagógicos de la miopía escolar* (Bosch); 1970 *La escuela, centro de educación para la salud* (Bosch); *Higiene escolar (higiene de la boca y escuela)* (Bosch); 1972 *Lactancia materna, sus problemas*. (Valcárcel); *La psico-higiene del preescolar en la L.G.E* (Bosch). Universidad de Valencia: 1974 *La educación sexual en la adolescencia* (I. G. Zuloaga).

tracto cronológico ocupado por los gobiernos franquistas. La Inspección de primera enseñanza, un Cuerpo de la administración mediante el que el Nuevo Estado quiso asegurar, tras separar del servicio a los no adeptos, la «depuración» de la Nueva Escuela y su escrupulosa fidelidad a los valores del Régimen, fue modificándose progresivamente. Y si en los años cuarenta los valores militaristas y las políticas natalistas (junto con la defensa frente a las infecciones) presidieron las prácticas educativas impulsadas, en los cincuenta el empeño por ubicarnos en el «concierto de las naciones» trasmutó una Inspección eminentemente político-ideológica en un organismo neutramente técnico. Al mismo tiempo que los poderes económicos internacionales dictaminaron el ciclo de reformas de nuestra economía, las *Recomendaciones* de los organismos sanitarios y educativos (OMS, UNESCO, BIE) fueron determinando prioridades (impulso de la escuela primaria, construcciones escolares, alfabetización de la población adulta, comedores escolares…) y marcando líneas de reforma pedagógica (graduación escolar, especialización de los servicios educativos, complejización del organigrama administrativo, modernización de los medios, materiales y recursos didácticos). La Ley General de Educación de 1970, que reordenó completamente el sistema educativo español poniéndolo en Europa (con todas sus limitaciones) culminó ese proceso. Pero las contradicciones internas fueron enormes, invalidando buena parte de las intenciones expresas del proceso y de la Ley con que quiere concluir, tal como mostraría expresamente la *Alternativa Democrática a la Enseñanza* que en 1976 presentaron las fuerzas democráticas de oposición al franquismo.

Hemos ido mostrando la lucidez de Maillo, un personaje tremendamente camaleónico pero a la vez con un pensamiento analítico unitario y coherente, en ver esas contradicciones y los «fondos» que se ocultaban bajo la epidermis de las reformas «macro». En distintos estudios recogidos en su obra *Cultura y educación popular* (1967) concretamente en «Educación popular y política cultural» afirmaba «que un plan económico y social "debe ser total", e incluir un "planeamiento cultural" que "contribuya a situar los dinamismos sociales en planos equilibrados" eliminando implacablemente las causas primordiales de *culture lags*» (Maillo, 1967: 338). Hay que rechazar, afirmaba, un planteamiento simplista de los influjos culturales medido en términos de factores macro-económicos ostensibles y aparentes, tales como la renta nacional o el producto nacional bruto destinado a menesteres docentes; es decir, centros de enseñanza creados, puestos escolares aumentados, cálculo de mano de obra cuali-

ficada, centros y actividades necesarios para reconvertirla…; estas realidades macroscópicas y aparienciales falsean y ocultan las cualitativas, aquellas que debería, en su opinión, tener en cuenta una «pedagogía del desarrollo» (1967:370). Y concluye: «La formulación y realización de una política cultural española a la altura de nuestro tiempo […] que exigirá una formación rigurosa en disciplinas sociológicas y antropológicas, junto con una especial capacidad para percibir "el sentido de la historia…" exige, más que un jefe a la vieja usanza…, la "obra de un ingeniero social-poeta"» (Maíllo, 1967: 372).

Obras citadas de Adolfo Maíllo

Maíllo, Adolfo (1953). «Los problemas de la educación popular I, II, III, IV». *Revista de Educación*, 11: 256-261; 12: 11-16; 15: 13-17, 16: 83-87.

(1954). La educación desde la perspectiva sociológica. *Revista de Educación*, 25: 80-86.

(1956). *Analfabetismo*. Madrid: Biblioteca Auxiliar de Educación

(1957). «Actividades de la Junta Nacional contra el analfabetismo». *Revista de Educación*, 66: 19-23.

(1959). «Tipos y orientaciones de educación popular». *Revista de Educación,* 104: 61-66; 105: 6-11.

(1961). *La educación en la sociedad de nuestro tiempo*. Madrid: CEDODEP.

(1965). «La educación sanitaria en la escuela». *Revista de Educación*, 172: 33-45.

(1967). *Cultura y educación popular*. Madrid: Editora Nacional.

(1968). «La escuela, universidad del pueblo». En Lavara, Eliseo (dir.) *Tiempo y educación. Organización escolar*. Madrid: Compañía Bibliográfica Española.

(1984). *Curriculum vitae de Adolfo Maíllo García. Hitos y huellas del camino (1901-1984)*. Madrid: Gráficas Impresas.

(1989). *Historia crítica de la Inspección escolar en España*. Madrid: Josmar.

Bibliografía

Beltrán, Francisco; Beltrán, José (1996). *Política y prácticas de la educación de personas adultas.* Valencia: Universidad de Valencia.

CEDODEP (1968). *Diez años de actividades (1958-1968).* Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Dirección General de Enseñanza Primaria.

Comelles, Josep M.; Riccò, Isabella; Perdiguero-Gil, Enrique (2014). «Tullio Seppilli, L'éducation Pour La Santé et La Fondation de L'anthropologie Médicale Italienne». *Curare* 37(2): 85–99.

Escolano, Agustín; García Carrasco, Joaquín; Pineda Arroyo, José María (1980). *La investigación pedagógica universitaria en España. Estudio histórico-documental (1940-1975)* Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca. Instituto de Ciencias de la Educación.

Escolano, Agustín (1989). «Discurso ideológico, modernización técnica y pedagogía crítica durante el franquismo». *Historia de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 8: 7-27. [Consultado el 08/12/2016].

Escolar, Hipólito (1968). «El Servicio de Extensión Cultural y su vinculación a los centros docentes». En Lavara, Eliseo (dir.) (1968). *Tiempo y educación. Organización escolar*. Madrid: Compañía Bibliográfica Española.

Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo (1973-74). *Memoria de Actividades*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Lavara, Eliseo (dir.) (1968). *Tiempo y educación. Organización escolar*. Madrid: Compañía Bibliográfica Española.

López del Castillo, María Teresa (2013). *Historia de la inspección de primera enseñanza en España.* Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Mainer, Juan; Mateos, Julio (2011). *Saber, poder y servicio. Un pedagogo orgánico del Estado: Adolfo Maíllo*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Milito, Cecilia; Groves, Tamar (2013). «¿Modernización o democratización? La construcción de un nuevos sistema educativo entre el tardofranquismo y la democracia». *Bordón,* 65(4): 135-148. [Consultada el 08/12/2016].

Ministerio de Educación Nacional (1956). *Trabajos de la I Reunión de Estudios sobre analfabetismo*. Madrid: Junta Nacional contra el Analfabetismo.

Ministerio de Educación Nacional (1960). *Trabajos de la II Reunión de Estudios sobre Analfabetismo.* Madrid: Junta Nacional contra el Analfabetismo.

Ministerio de Educación Nacional-OCDE (1963). *Las necesidades de educación y el desarrollo económico-social de España. Proyecto Regional Mediterráneo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Pulpillo, Ambrosio (1967). «Colaboración entre médicos y maestros para la educación sanitaria». *Revista de Educación,* (289): 58-63. [Consultada el 08/12/2016].

Terrón, Aida (2013). «La profesionalización del magisterio en el tecnofranquismo: entre los *valores eternos* y la *ciencia verdadera*». *Innovación Educativa,* 23: 25-45. [Consultado el 08/12/2016].

Terrón, Aida (2015a). «La educación sanitaria escolar, una propuesta importada para la escuela española del desarrollismo». *Education Policy Analysis Archives*, 23, 19. [Consultado el 08/12/2016].

Terrón, Aida (2015b). «La educación higiénica de los escolares españoles: evitando piojos; aumentando estatura (1938-1965)». *Con-Ciencia Social*, 19: 37-47.

LA PSIQUIATRÍA FRANQUISTA Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL[1]

Enric J. Novella
Universitat de València

Resumen: El presente trabajo aborda las actividades de educación para la salud mental desarrolladas en los últimos años de la dictadura franquista. Partiendo de un análisis de la evolución del campo de la higiene mental durante el primer franquismo y de la introducción posterior del nuevo ideario de la salud mental, el trabajo examina estas iniciativas como un proyecto destinado a promover el equilibro y el desempeño psicosocial de los individuos en el contexto de unas retóricas de promoción de la salud y unas redes de atención crecientemente socializadas.

Palabras clave: higiene mental, salud mental, educación sanitaria, psiquiatría, franquismo.

Psychiatry in Franco's Spain and mental health education

Abstract: This paper addresses the activities related to mental health education deployed in the last years of Franco's dictatorship. Based on an analysis of the evolution of the field of mental hygiene during the early years of Franco's regime and on the subsequent introduction of the new ideology of mental health, it examines these initiatives as a project aimed at promoting the psychosocial performance and balance of individuals in the context of increasingly socialised rhetorics of health promotion and care.

Keywords: mental hygiene, mental health, health education, psychiatry, Francoism.

1 Trabajo realizado en el marco de los proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad «De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)» (HAR2012-34588) y «Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención» (HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO/FEDER, UE], financiado también por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional —FEDER— «Una manera de hacer Europa»).

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 81–103. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

> La salud mental se manifiesta por un equilibrio dinámico de la personalidad y la integración siempre renovada de tendencias contradictorias que permiten establecer relaciones significativas entre el individuo y el mundo. […] Si somos capaces de aplicar estos criterios a la personalidad humana, será posible dictaminar sobre el grado de su salud mental y, al mismo tiempo, aconsejar las normas y pautas de conducta que permitan al yo alcanzar el equilibrio […] que le haga huir de esa ansiedad vital que está tan generalizada en el mundo actual.
>
> Adolfo Serigó Segarra (1969: 273-280).

Introducción

Por sorprendente que pueda parecer, la evolución de la medicina mental española durante el largo periodo de la dictadura franquista no ha recibido hasta el momento una excesiva atención historiográfica (Lázaro, Bujosa, 2000: 165). Seguramente, este hecho puede explicarse atendiendo, por un lado, al interés que han despertado los acontecimientos de la época inmediatamente anterior y posterior, esto es, de la llamada «Edad de Plata» (Campos, Villasante, Huertas, 2008) y la Transición Democrática (García, Espino, Lara, 1998), y, por el otro, al temprano esfuerzo de muchos de sus observadores más cualificados por destacar la importante carga ideológica de la psiquiatría franquista y su afinidad con el carácter esencialmente reaccionario del régimen. Siguiendo este esquema interpretativo, y a pesar de algunas iniciativas aisladas y de la altura intelectual exhibida por algunas de sus figuras más sobresalientes, la rigidez de las estructuras de poder y la impronta fuertemente conservadora de la política social franquista (De Riquer, 2010) condenaron a la medicina mental a una «profunda desmoralización» (Castilla del Pino, 1977: 102) y a un «absoluto inmovilismo» (González Duro, 1978: 303) que cercenaron cualquier posibilidad de desarrollo e innovación.

Aunque, al menos desde el punto de vista asistencial, este inmovilismo es más que evidente (Comelles, 1988: 153-174), el paso de los años ha permitido asumir una mirada más desapasionada sobre las particularidades que dotan de una cierta substantividad a la psiquiatría franquista. En este sentido, cabe destacar los rigurosos y muy documentados trabajos de Ángel González de Pablo y Juan Casco Solís, los cuales, sin renunciar a una perspectiva crítica, han señalado el camino para entender el complejo

proceso de rearme teórico y reordenamiento institucional de la medicina mental española en la posguerra y el primer franquismo (González de Pablo, 1987 y 1995; Casco Solís, 1995 y 1999). En ese proceso, por ejemplo, es lógico suponer que, a pesar de la innegable ruptura que impuso el Estado franquista con respecto a las importantes realizaciones del periodo republicano —y de su intención explícita de hacer «tabla rasa» con el pasado inmediato—, existieron numerosos elementos de continuidad con la medicina mental anterior a la Guerra Civil, pues, no en vano, casi todos los psiquiatras alineados con el nuevo régimen se habían formado entonces y compartían intereses corporativos y referentes conceptuales con sus colegas del bando republicano (Campos, 2015).

Sin duda, uno de los escenarios más fructíferos para advertir la singularidad histórica del periodo franquista y esta peculiar combinación de rupturas y continuidades es el campo de la higiene mental. Establecida como el gran ideario de la profesión psiquiátrica desde que, a finales del siglo xix, su foco de atención se desplazara desde la nosología a la etiología, desde el tratamiento a la prevención y desde la rehabilitación de individuos concretos a la vigilancia del estado mental del conjunto de la sociedad (Castel, 1976; Grob, 1987; Toms, 2013), la higiene mental desempeñó un papel de primer orden en el florecimiento de la psiquiatría española en las décadas de 1920 y 1930. Más allá de su reconocida influencia en la introducción de un nuevo marco legislativo (Espino, 1980) y de un nuevo modelo de asistencia que trató de corregir las limitaciones de los manicomios tradicionales con la creación de dispensarios y «servicios abiertos» (Huertas, 1995), el movimiento español de higiene mental —organizado a partir de 1927 en una «Liga Española de Higiene Mental»— reforzó la presencia de los profesionales españoles en los foros internacionales, impulsó la edición de diversas publicaciones divulgativas y llevó a cabo numerosas campañas informativas en torno a la naturaleza, el tratamiento y la profilaxis de las enfermedades mentales (Valenciano Gayá, 1977: 94-96). De este modo, y gracias al apoyo institucional prestado a través del Consejo Superior Psiquiátrico y la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad, sus actividades contribuyeron decisivamente a que la medicina mental española alcanzara un grado de legitimación científica, madurez profesional, proyección social y reconocimiento político desconocido hasta entonces (Huertas, 2002: 119-124).

Tras la Guerra Civil y el exilio de algunas figuras destacadas, la Liga Española de Higiene Mental cesó en su actividad y el discurso de los psi-

quiatras más identificados con el nuevo régimen se limitó inicialmente a promover la identificación ideológica entre la religiosidad tradicional, el nacionalismo conservador, el orden público y el equilibrio psíquico individual (Casco Solís, 1995: 202). No obstante, la creación de dispensarios no se detuvo, y durante la década de 1950 hubo además algunos intentos aislados de recuperar el movimiento pro-higiene mental, se recuperaron los vínculos internacionales del mismo y se pusieron en marcha algunas iniciativas destinadas a reforzar la instrucción psicopatológica de la población (Casco Solís, 1999: 110-112). En esta tarea, por ejemplo, la Dirección General de Sanidad dedicó un gran número de las monografías correspondientes a la serie «Al Servicio de España y del Niño Español» (1938-1963) a cuestiones de psicología, psiquiatría e higiene mental infantil, buena parte de las cuales fueron redactadas por el pediatra valenciano Juan Bosch Marín (Salazar Agulló, Martínez Marco, Bernabeu-Mestre, 2007).

En cualquier caso, al cabo de unos años el discurso de los psiquiatras españoles se vio progresivamente influido por los nuevos conceptos de salud mental, psiquiatría social y asistencia comunitaria que, impulsados desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales, dominarían los discursos y las prácticas psiquiátricas a lo largo de la segunda mitad del siglo xx (Kringlen, 2003; Novella, 2010a). De este modo, los viejos planteamientos de la higiene mental, dirigidos esencialmente a la profilaxis de la locura en el marco de una serie de políticas intervencionistas de defensa social, fueron transformándose a partir de la década de 1960 en un proyecto mucho más ambicioso y comprensivo que aspiraba a promover el equilibro y el desempeño psicosocial de los individuos en el contexto de unas retóricas de la salud y unas redes de atención crecientemente socializadas (Dowbiggin, 2011: 132-182). Ya en los años finales de la dictadura, este empeño inspiró y orientó las (tímidas) iniciativas del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP, fundado en 1955), el cual puso en marcha un modesto programa de «educación para la salud mental» y auspició diversas propuestas de modernización y reforma asistencial.

Partiendo pues de un análisis de la presencia discursiva, la apropiación ideológica y la proyección práctica de la higiene mental en la psiquiatría española del primer franquismo así como de su declive y posterior sustitución por el nuevo paradigma de la salud mental, el presente trabajo examina las actividades de educación para la salud mental desarrolladas

en los últimos años de la dictadura franquista. Tratando de valorar los antecedentes más notables, los rasgos distintivos y las implicaciones más conspicuas de estas iniciativas destinadas a promover el equilibrio y el desempeño psicosocial de los individuos en el contexto de unas retóricas de promoción de la salud y unas redes de atención crecientemente socializadas, el trabajo ofrece una aproximación a la historia de la medicina mental durante el franquismo que, respetando su excepcionalidad, permite identificar y poner de manifiesto no solo algunas de sus rupturas y continuidades, sino también algunos aspectos muy relevantes —y poco advertidos hasta el momento— que la vinculan con los grandes procesos que han marcado el desarrollo de la especialidad en las últimas décadas.

La higiene mental en el primer franquismo

Sin duda, uno de los eventos más emblemáticos y en gran medida fundacionales de la psiquiatría franquista es el discurso inaugural pronunciado por Juan José López Ibor como presidente de la recién fundada Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría en su primer congreso, celebrado en Barcelona en enero de 1942. En su alocución, López Ibor expuso las bases de lo que debía ser la nueva psiquiatría «nacional», arremetiendo con dureza contra las «decadentes» realizaciones de sus antecesores y enalteciendo la tradición española de asistencia a los enfermos mentales supuestamente fundada en el siglo XV por el Padre Jofré. Tras criticar las reformas republicanas, y, en particular, el trabajo del Consejo Superior Psiquiátrico y la adopción del sistema clasificatorio de las enfermedades mentales de Emil Kraepelin, López Ibor descartaba la posibilidad de que la higiene mental pudiera lograr fines apreciables en el ámbito de la profilaxis y la prevención, ridiculizando la intensa labor realizada por la Liga Española de Higiene Mental en el campo de la divulgación por medio de actividades como las Semanas y Misiones de Higiene Mental (1931-1935): «El filisteo —psiquiatra o no— piensa que la higiene mental no tiene más objeto que eliminar los ruidos, asesorar la prensa y otras «misiones» por el estilo» (López Ibor, 1942: 23). El argumento de fondo al que se remitía era el tópico, tan querido a los psiquiatras del Nuevo Estado y tan característico de las preocupaciones ensayísticas de la época (Casco Solís, 1999: 100-101), según el cual «el español está dotado de unas condiciones biológicas y psíquicas muy especiales», por lo que la higiene mental debía «establecerse en España sobre unas bases propias, adaptadas a nuestras circunstancias y a la personalidad del español» (López Ibor, 1942: 24).

Con estos planteamientos, es fácil deducir que, abandonando de raíz los proyectos desarrollados en los años anteriores, el discurso de la higiene mental se transformó en un instrumento retórico destinado a subrayar los efectos salutíferos de los principios ideológicos del nuevo régimen, a saber, el nacionalismo, el anticomunismo, la negación de los valores democráticos, el autoritarismo y, por supuesto, la religiosidad (católica) tradicional. Un buen ejemplo de la virulencia (y la vacuidad) de los contenidos abordados en aquellos años lo representa la conferencia «Nuevas orientaciones sobre higiene mental», pronunciada en febrero de 1942 por Francisco Marco Merenciano en la Jefatura Provincial de la Falange de Valencia. Para Marco, director del manicomio de la ciudad, la higiene mental tenía como principal objetivo «diluir el magma del resentimiento, […] un trastorno de la mente que constituye una plaga social» (Marco Merenciano, 1958: 97) y que, en su opinión, explicaba la reciente historia de España y la perentoria necesidad de la dictadura y la represión. Con una perspectiva más siniestra que nietzscheana, Marco definía el resentimiento como «una autointoxicación psíquica producida por reiterados fracasos al reprimir sistemáticamente la descarga de ciertas emociones y afectos en sí normales (venganza, envidia, odio, perfidia)»; el aplazamiento de la venganza llevaba así a su transformación en «sed de venganza» y convertía a los individuos en tipos «con mentes envenenadas, amargadas, auténticos enemigos de la sociedad, porque la sociedad —dicen— es la responsable de su fracaso, y porque la sociedad es la que sanciona la eterna injusticia de su limitación» (Marco Merenciano, 1958: 94-95). Por ese motivo, había que actuar cuanto antes para «extirpar el veneno del resentimiento que atrofia los corazones y envilece las almas», para lo cual era necesaria, eso sí, «una política médica con un concepto antropológicamente bien definido» (Marco Merenciano, 1958: 99). Llegado a este punto, estaba ya en condiciones de deslizar burdamente sus argumentos hacia el punto que le interesaba, y que no era sino la demostración palmaria de que «en todo resentido existe siempre un marxista auténtico» que los médicos debían contribuir a eliminar:

> ¿Es que históricamente existe algo que sea expresión más exacta del resentimiento que el marxismo? […] Marx, como Hegel, como el propio Kant, fueron unos resentidos, […] pero es que el marxismo, más que un producto de Marx, es una escoria de la sociedad […]. En todo resentido existe siempre un marxista auténtico. […] El marxismo es una enfermedad y en nuestras manos está en gran parte su tratamiento (Marco Merenciano, 1958: 98-99).

En cualquier caso, y más allá de la patologización del enemigo republicano y del marxismo, tan grata a los psiquiatras franquistas y cuyo máximo valedor fue Antonio Vallejo Nágera, antiguo jefe de los servicios psiquiátricos del Ejército sublevado, la higiene mental debía estar al servicio del Nuevo Estado, creando españoles capaces de aceptar su destino por medio de la ascesis y la disciplina en torno a un jefe. En una conferencia impartida en el Consejo de Asesores Provinciales de la Falange en abril de 1945, el propio Vallejo lo declaraba solemnemente al subrayar como un «deber primordial de todos los médicos españoles [...] ocuparnos de la salud mental de la juventud, que hoy está amenazada constantemente, deliberadamente, por esas fuerzas secretas que van en contra de todo lo que representa la unidad ideológica del pueblo» (Vallejo Nágera, 1945: 34).

Del mismo modo lo veía Eduardo Aunós Pérez, ministro de justicia del régimen entre 1943 y 1945, que en junio de 1944 participó en la clausura de un curso de higiene mental celebrado en Barcelona y no perdió la ocasión para expresar su convicción de que

> la sanidad mental de un pueblo está íntimamente ligada con el sistema político del mismo, porque allí donde al socaire de un falso concepto de libertad puede discutirse todo en plena ágora, sometiendo a diaria reflexión las más decisivas cuestiones bajo el imperio de la pasión popular, es natural que se produzca un desequilibrio psicológico (*ABC*, 10 de junio de 1944: 17).

A su juicio, el respeto del orden jerárquico, la desaparición de las «disensiones de tipo partidista» y la unidad y la disciplina aportadas por el nuevo régimen habían permitido restablecer «el equilibrio moral del pueblo», extinguiéndose «los complejos de inferioridad como la envidia o el espíritu de clases». Contraponiéndose a la anarquía y a las bajas pasiones desencadenadas por la democracia, «la salud colectiva» se había recuperado gracias al «seguro tino» del Caudillo como «conductor del pueblo español», pero, sobre todo, gracias a su firme compromiso con la religiosidad tradicional, único puerto seguro frente a los males de la modernidad:

> Es necesario situar unos principios intangibles que estén fuera de la discusión de los hombres, sirviendo de natural basamento al desarrollo social. Estos principios deben ser de origen religioso, cual es el reconocimiento de la religión católica como base y sustento de la fraterna convivencia de los hombres, y de orden moral, sintetizados en la recta aplicación del pensamiento cristiano en el vivir diario (*ABC*, 10 de junio de 1944: 17).

A pesar de que, en líneas generales, éste fue el exaltado tenor del discurso de la higiene mental durante la década de 1940, hay que reconocer que, desde el punto de vista de la organización asistencial, las primeras iniciativas del régimen se encaminaron a proseguir con la implantación de dispensarios iniciada en los años de la Segunda República. El 24 de mayo de 1943 un Decreto aprobaba la creación de nuevos dispensarios de higiene mental en los Institutos Provinciales de Higiene dependientes de la Dirección General de Sanidad. Tal como se explicaba en el preámbulo, los dispensarios permitirían «obtener curaciones y remisiones en un tanto por ciento muy elevado» al tratar «las esquizofrenias en los seis primeros meses de la enfermedad», pero, sobre todo, tendrían «también un positivo beneficio económico para los organismos oficiales, que verían disminuir el número de enfermos en régimen de internado en establecimientos psiquiátricos» (*BOE*, 24 de mayo de 1943: 5637)[2]. Hacia 1960 operaban en el país alrededor de una treintena de dispensarios —cuya denominación oficial pasó a ser la de Secciones de Psiquiatría e Higiene Mental de los Institutos Provinciales de Sanidad—, y en 1954 se autorizó además la extensión de sus actividades por medio de la creación de Patronatos Provinciales de Higiene Mental[3] (*BOE*, 8 de marzo de 1954: 1333). En líneas generales, su dotación fue siempre muy precaria y su funcionamiento claramente deficiente (Santo-Domingo Carrasco, 1963).

Por su parte, la Liga Española de Higiene Mental también fue revitalizada por una orden ministerial del 10 de diciembre de 1947 en la que se nombraba presidente a Antonio Piga Pascual, Director de la Escuela Nacional de Medicina Legal, y vicepresidentes a López Ibor, Vallejo y Eduardo Guija Morales, director del manicomio de Cádiz.[4] Al parecer, dicha reactivación vino motivada únicamente por el hecho de que, al no constar actividad por parte de la Liga, España no pudo ser invitada oficialmente a

2 Huelga decir que este efecto no solo no se produjo, sino que la tasa de enfermos mentales acogidos en establecimientos sanitarios no dejó de aumentar (al menos) hasta finales de la década de 1960. Así, de una tasa de 85 enfermos institucionalizados por cada 100.000 habitantes en 1945, se pasó a una de 89 en 1950, de 100 en 1955, de 108 en 1960 y de 110 en 1965 (De Miguel, Oltra, 1971: 5).

3 *BOE*, Orden de 15 de febrero de 1954 por la que se crean los Patronatos de Higiene Mental, 8 de marzo de 1954: 1333.

4 *BOE*, Orden de 10 de diciembre de 1947 por la que se crea la Junta Directiva de la Liga de Higiene Mental, constituida por los señores que se mencionan, 28 de diciembre de 1947: 6815.

participar en el Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Londres en 1948 (Casco Solís, 1999: 112). Sea como fuere, y a pesar de que todavía se produjo un último intento de dotarla de nuevos estatutos[5] y de que formalmente siguió existiendo hasta la década de 1970 (Parellada, 1974), lo cierto es que, salvo en algunos focos aislados, la Liga nunca recuperó un nivel de actividad apreciable, especialmente tras la creación por ley el 14 de abril de 1955 del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), el cual asumió todas las competencias relativas a la «coordinación de los servicios preventivos y los establecimientos asistenciales».[6]

De la higiene a la salud mental

Como en otros ámbitos de la vida del país, la década de los cincuenta atemperó la retórica de combate de los psiquiatras más afines al régimen y el discurso de la higiene mental empezó a abandonar la grosera identificación ideológica entre moral católica, orden público y equilibrio psíquico para asumir un cariz más neutral y técnico centrado ante todo en el desarrollo institucional de la profesión y la asistencia psiquiátrica (Casco Solís, 1999: 89). En este contexto, uno de los autores que —enlazando con su protagonismo previo en las campañas divulgativas de los años treinta— reflexionó con mayor seriedad y rigor en torno a los aspectos teóricos y prácticos de la higiene mental (tanto en su vertiente meramente asistencial como en el campo de la profilaxis) fue Luis Valenciano Gayá, devoto discípulo de Gonzalo Rodríguez Lafora y director del dispensario de Murcia desde 1947 a 1967 (Marset Campos, 1985). En un artículo programático publicado en 1954 en los reflotados *Archivos de Neurobiología*, Valenciano dividía la higiene mental en dos grandes territorios: el tradicional de la «eugénica», que busca el «mejoramiento del individuo y el grupo prestando su atención a las células germinales», y el más novedoso de la «eutécnica»,[7] que se ocupa de ese mejoramiento interviniendo de forma sistemática en el entorno «objetivo y subjetivo» de la persona (concéntri-

5 *BOE*, Orden de 22 de febrero de 1954 por la que se aprueban los estatutos por los que ha de regirse la Liga Española de Higiene Mental, 10 de marzo de 1954: 1393-1394.

6 *BOE,* Ley de 14 de abril de 1955 sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 15 de abril de 1955: 2374-2377.

7 Este término fue acuñado originalmente por el psicólogo y pedagogo norteamericano de origen sueco Carl Emil Seashore (Seashore, 1941).

camente, la familia, la escuela, el trabajo y la cultura) (Valenciano Gayá, 1954: 372). Con este planteamiento, la higiene mental complementaba sus vínculos de siempre con la eugenesia,[8] pero —tal como perspicazmente señalaba Valenciano— se prescribía igualmente un programa quizá inabarcable según el cual «desde la cuna a la tumba un psicólogo o psiquiatra debe acompañar al hombre»

> para decidir si ha de dársele pecho o biberón y enseñar la manera de manejar los esfínteres […], para aconsejar del modo más minucioso en la escuela, para orientar acerca de un amor incipiente, para decidir la profesión, etc. […] La psiquiatría está a punto de dejarse seducir y creerse más grande de lo que es (Valenciano Gayá, 1954: 386-387).

No obstante, Valenciano se encontraba muy bien informado y valoraba positivamente el creciente énfasis del movimiento internacional de higiene mental —reconvertido a partir de 1948 en la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH)— en la labor profiláctica y preventiva, desplegando en el área de influencia de su dispensario una apreciable actividad de «promoción de la salud» en forma de conferencias, cursos, grupos de trabajo, artículos de prensa, folletos explicativos, cuñas radiofónicas y sesiones de orientación profesional con estudiantes, seminaristas, médicos, enfermeras, pedagogos, maestros e incluso obreros (Valenciano Gayá, 1960a: 393-396).

Fue en la década de 1950 y sobre todo en Barcelona donde, bajo el impulso de la poliédrica figura de Ramón Sarró Burbano, catedrático de psiquiatría y director del dispensario de higiene mental de la ciudad, se desarrolló un mayor número de actividades de lo que los nuevos estatutos de la Liga seguían denominando «propaganda y educación popular». Así, por ejemplo, contando con los parabienes de las autoridades y una amplia cobertura por parte de la prensa local, en mayo de 1954 la capital catalana

8 Formulados paradigmáticamente en España en la monografía del médico catalán Tomás Busquet Teixidor *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular* (1928): «La higiene mental es una ciencia esencialmente práctica e involucra dos finalidades distintas, una puramente humanitaria y otra francamente egoísta, de protección y defensa de la sociedad y de la raza […]. Combatir las causas de la locura y convertir en estériles a los individuos considerados como campos de desarrollo de las enfermedades mentales constituye, precisamente, el objeto de la higiene mental» (Busquet Teixidor, 1928: 16). Sobre este texto puede consultarse Álvarez (2003). A nivel internacional, la obra de referencia sobre el papel central de la eugenesia en el movimiento pro-higiene mental sigue siendo Dowbiggin (1997).

celebró la IV Semana de Higiene Mental, que acogió un gran número de conferencias, coloquios e incluso sesiones cinematográficas en las que se proyectaron películas de la *World Federation for Mental Health* (WFMH) prestadas por el consulado estadounidense y el Instituto Británico (Campos, Novella, 2017). Asimismo, se aprovechó el evento para inaugurar varios dispositivos como la Clínica Psiquiátrica Universitaria o el Centro de Higiene Mental Infantil del Instituto de Puericultura Integral. Es importante señalar que tanto en el discurso inaugural de la Semana como en declaraciones a la prensa Sarró insistió en repetidas ocasiones en la exquisita neutralidad ideológica de la higiene mental, «una actividad de aplicación de conocimientos científicos en beneficio de la salud mental y con fines esencialmente prácticos», apuntó la importancia básica de todas las ciencias del hombre —entre las que, significativamente, reivindicaba de nuevo las aportaciones del psicoanálisis— para dotarla de un fundamento sólido y, sobre todo, advirtió el desplazamiento fundamental que se estaba produciendo a nivel internacional con respecto a sus fines y a su alcance,

> toda vez que su objetivo primordial en la actualidad es incrementar la salud mental, principalmente de los normales, con lo cual queda anticuada la concepción de que la finalidad de la higiene mental sea simplemente la prevención y asistencia de las psicosis (citado en Campos y Novella, 2017).

En un sentido estricto, estas declaraciones de Sarró —que, no en vano, había logrado en 1951 formalizar la admisión de España en la WFMH— han de tomarse como uno de los primeros testimonios de la introducción en España del nuevo concepto de salud mental impulsado desde la OMS, la WFMH y otros organismos internacionales. En un prólogo muy citado a la versión castellana del libro del psicoanalista británico James Arthur Hadfield *Psychology and Mental Health* (todavía publicado en España como *Psicología e higiene mental*), Román Alberca, Director del Hospital Psiquiátrico de Murcia y Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia, ya había señalado en 1952 que la psiquiatría asistía a una notable mutación por la cual ya no aspiraba a «conducir al hombre a una exacta adaptación a una norma bajo el signo de lo biológico, lo social o lo ético», sino a «lograr la plena armonía entre la personalidad y sus fines» (Alberca, 1952: 15). Pero el trabajo que presentó de un modo más sistemático las líneas maestras del nuevo paradigma apareció en 1957 en la *Revista de Psicología General y Aplicada*, una publicación fundada y dirigida desde 1946 por José Germain, miembro de primera hora de la Liga Española de Hi-

giene Mental, secretario del Consejo Superior Psiquiátrico y jefe médico de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad en los años de la Segunda República (Casco Solís, 1999: 91-92). Su autor, Miguel Prados Such, hermano del conocido poeta Emilio Prados Such, antiguo director del Sanatorio Psiquiátrico de San José de Málaga y colaborador de Lafora en el Instituto Cajal, fue represaliado al final de la Guerra Civil y acabó exiliándose en Canadá, donde llegó a ser profesor de psiquiatría de la Universidad McGill en Montreal, fundó y presidió la Asociación Psicoanalítica Canadiense y actuó en diversas ocasiones como consultor de la OMS (Linares Maza, 1983).

En una exposición de corte netamente psicoanalítico y en plena consonancia con el informe de la segunda sesión de la comisión de expertos de la OMS celebrada en 1950 (Bertolote, 2008), Prados definía la salud mental como la capacidad del sujeto de «establecer relaciones armoniosas con otras personas» y experimentar «un mínimum de satisfacción que le compense por el sacrificio, aunque parcial, de su narcisismo» (Prados Such, 1957: 546). Frente al énfasis tradicional de la higiene mental en la dimensión colectiva (social, genética y racial) de la enfermedad mental y su recurso al hospital especializado y el dispensario como dispositivos emblemáticos de las grandes campañas sanitarias de la primera mitad del siglo xx, la nueva comprensión de la salud mental centraba así sus objetivos en la promoción del «equilibrio afectivo y relacional» del individuo, subrayaba la «importancia etiológica del ambiente social» y postulaba la necesidad de una tupida red asistencial que permitiera intervenir «en casi todos los aspectos de la vida humana» (Prados Such, 1957: 562). La consecuencia obvia de todo ello era que resultaba del todo ilusorio establecer unos límites definidos entre patología y normalidad, «un ideal que no existe jamás», con lo que la «acción educadora» de los profesionales debía dirigirse en el futuro a

> llevar a la gran masa popular el conocimiento de los nuevos conceptos de salud mental, conceptos fluidos y no estáticos y que incluyen el básico de que todos los individuos sufrimos más o menos intensamente de problemas, dificultades y conflictos emocionales dentro de nosotros mismos y en relación con el ambiente y que, por consiguiente, la misión importante no es tanto la de descubrir el problema como la de ayudar al sujeto a enfrentar y enfocar sus dificultades de la manera más lógica y eficaz posible (Prados Such, 1957: 558).

Dos años más tarde, con motivo de la celebración en Barcelona de XII Reunión Anual de la WFMH, Sarró tuvo ocasión de reiterar ante las cámaras del *Noticiario Documental* (NO-DO) del régimen y en unos términos muy similares estas (profundas) implicaciones de la nueva cultura de la salud mental:

> El concepto de psiquiatría ha cambiado y ya no es una especialidad médica circunscrita a las formas graves de desajuste con el ambiente. Dichos trastornos son sólo un capítulo de la nueva psiquiatría, que después de la obra de Freud, se inspira en el concepto de salud mental que ha dado la OMS, un estado de perfecto bienestar físico, psicológico y social. Siempre que el individuo se halle por debajo de este estado (…) cae bajo la jurisdicción de la moderna psiquiatría (Sarró, 1960, p. 3).

La educación para la salud mental

«La psicologización del médico español es imperativa e inaplazable. Los conocimientos elementales de psicodiagnóstico y psicoterapia son ya tan indispensables para el ejercicio de la medicina como el arte de prescribir antibióticos» (Facultad de Medicina de Barcelona, 1960: 3). Con esta declaración, la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona promocionaba un curso de «Formación psicoterápica del médico general» que, junto a otras muchas actividades (ciclos de conferencias, coloquios, seminarios, sesiones de cine, etc.), fue programado en 1960 con motivo del Año Mundial de la Salud Mental impulsado por la WFMH y declarado oficial por el Ministerio de la Gobernación a instancias del PANAP (*ABC*, 30 de abril de 1960: 65). Aprovechando la efeméride y la celebración simultánea del VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría en la ciudad (Solé Sagarra, 1960: 306), en abril de ese mismo año la Liga Española de Higiene Mental —cuya presidencia se aprestaba a asumir Sarró— organizó en la capital catalana una Reunión de Expertos en Salud Mental presidida por José Fernández Turégano, primer secretario general del PANAP, en la que se anunció el proyecto de redactar un Plan Nacional de Salud Mental basado en el Plan Regional de Barcelona (Casco Solís, 1999: 94).

Siempre inquieto e interesado por estos temas, Valenciano se aprestó a publicar una interesante *Contribución al Plan Nacional de Salud Mental* en la que, convencido de la exquisita neutralidad ideológica de sus

propuestas, sugería nada menos que «preparar y discutir un repertorio mínimo de conceptos higiénico-mentales sobre cuya validez haya unanimidad» para llevar a cabo una «campaña nacional de higiene mental» (Valenciano Gayá, 1960b: 149). Dicha campaña habría de desarrollarse por medio de la «acción directa sobre el público» y un «hábil y sostenido esfuerzo» en múltiples esferas (educativa, laboral, médica, jurídica, religiosa, etc.), difundiendo masivamente una serie de postulados cuyo denominador común consistía justamente en la promoción del equilibrio afectivo y relacional del individuo:

> No hipertrofiar las relaciones sentimentales en ninguna esfera […]; fomentar desde la infancia el sincero autoconocimiento de sí mismo; no acentuar los sentimientos de culpa; imposición […] no excesiva de patrones externos de conductas; explicación de los estadios o fases del desarrollo de la personalidad […]; mostración de valores sin coacción, dejando suficiente holgura a la elección; no fomentar […] los sentimientos agresivos, sino los de la solidaridad […]; evitar […] la elección e idealización de falsos yos […]; favorecer siempre el despliegue de la autenticidad; […] procurar una buena elección y selección de los sujetos; hacer ver la […] importancia del ambiente y las relaciones humanas; en las relaciones de grupo, junto a la necesaria jerarquización, dejar suficiente margen para la espontaneidad, sinceridad e iniciativa de lo sujetos (Valenciano Gayá 1960b, 149-150).[9]

A pesar de que ese proyecto de «Plan Nacional» nunca llegó a materializarse, este tipo del trabajos programáticos dedicados al concepto y la «promoción de la salud mental» ocuparon en los años siguientes un lugar muy importante en la producción de los psiquiatras españoles. Asumiendo la orientación psicosocial predominante en la literatura especializada del momento y combinando libremente elementos procedentes de la vieja tradición de la higiene mental con las nuevas directrices suministradas por los organismos internacionales, buena parte de los autores —como el psiquiatra barcelonés Enrique Grañén Raso— lo hicieron con el objeto declarado de contribuir a «un desarrollo más vigoroso en la aplicación práctica y a escala masiva de los preceptos de la moderna salud mental» (Grañén Raso, 1969: 9), la cual, sin duda, debía tomar como punto de re-

9 En buena medida, el listado de postulados de Valenciano puede tomarse como una muestra muy significativa del patrón de reflexividad alentado por la nueva cultura de la salud mental, una cultura centrada preferentemente en la administración del «capital emocional» (Illouz, 2010: 29) frente a otras estrategias pretéritas de perfeccionamiento del yo basadas en la gestión de la sensibilidad o la autodeterminación por la voluntad (Novella, 2010b).

ferencia «el norte del bienestar humano en todos sus aspectos» (Grañén Raso, 1969: 19). Más comedidos, algunos psiquiatras trataron de establecer criterios algo más operativos, y, de este modo, el malagueño Antonio Linares Maza, antiguo discípulo de Prados, relacionaba la salud mental con seis factores fundamentales: la ausencia de trastornos mentales objetiva o subjetivamente evidenciables; la adaptación suficiente al ambiente físico, socio-cultural y profesional; la aceptación de la sexualidad propia y de los otros; el desarrollo óptimo y equilibrado de las posibilidades de la personalidad; la aptitud para el contento y la felicidad; y —siguiendo la popular fórmula del psiquiatra francés y presidente de la WFMH entre 1960 y 1961 Paul Sivadon (Sivadon, Duchêne, 1958)— el «equilibrio dinámico de la personalidad, [...] una homeostasis con participación desde la bioquímica celular hasta los valores socio-culturales y morales» (Linares Maza, 1972: 116-117). Pero, en líneas generales, era evidente que el logro de una salubridad psíquica tan laxamente definida era una empresa ímproba que debía proceder en la practica totalidad de los ámbitos de la vida (relaciones de pareja, sexualidad, trabajo, educación, crianza, etc.) para apuntalar y reforzar la «salud mental relativa de la inmensa mayoría de nosotros» (López Sánchez, 1972: 11).

En consonancia con el fervor tecnocrático de la época (González Duro, 1978: 291-298), el nuevo marco conceptual alentó e inspiró las diversas propuestas de reforma asistencial que, con el objeto de poner al día las muy caducas, impropias e insuficientes infraestructuras existentes y reorientarlas hacia los nuevos fines de la especialidad, empezaron a formularse entonces. Ciertamente, dichas propuestas todavía no renunciaban ni aspiraban a superar la tradicional centralidad y preeminencia del hospital psiquiátrico o a integrar plenamente la asistencia psiquiátrica en el marco de la atención sanitaria general (PANAP, 1967; Serigó Segarra, 1969), pero —siguiendo las líneas maestras de la OMS— ya preveían e incluían algunos elementos que se impondrían en las décadas siguientes como la reorganización de la asistencia ambulatoria con un modelo sectorizado de servicios y equipos multidisciplinares, la creación de unidades psiquiátricas en hospitales generales, el énfasis en la rehabilitación y en las técnicas psicoeducativas y socioterapéuticas, la necesidad de implicar a los médicos generales en la atención a la salud mental o la conveniencia de crear una red paralela para hacer frente a la problemática específica del alcoholismo y las toxicomanías (Kringlen, 2003; Novella, 2010a).

En cualquier caso, y ante las escasas realizaciones llevadas a cabo en un ámbito como el asistencial en el que una transformación sustancial desbordaba claramente las posibilidades de evolución de la administración sanitaria y la política social franquista (Marset Campos, Sáez Gómez, Martínez Navarro, 1995) el nuevo paradigma sí inspiró nuevos discursos y prácticas en un campo al que todos los portavoces del nuevo ideario de la salud mental concedían una importancia capital. Así, bajo el impulso y la dirección de su nuevo secretario general Adolfo Serigó Segarra, el PANAP creó a finales de la década de 1960 una Unidad de Educación en Salud Mental en el Gran Hospital del Estado de Madrid (actual Hospital de la Princesa) y puso en marcha diversos proyectos divulgativos como la revista *Salud Mental* y los *Cuadernos para la Educación en Salud Mental*. La primera inició su andadura a muy reducida escala en septiembre de 1968, pero solo a partir de 1974 se editó en un formato más cuidado y con una difusión apreciable aunque con una periodicidad igualmente irregular. En su primer número, el editorial —debido sin duda a Serigó— advertía de la gran dificultad de definir positivamente la salud mental tanto a nivel individual como asistencial y social a causa del «intenso subjetivismo de un terreno tan movedizo», mientras declaraba su intención de «huir de todo dogmatismo innecesario y en definitiva perjudicial» para abordar «la prevención de las enfermedades mentales» desde una perspectiva «plenamente actual» (Salud Mental, 1974a: 6). Por lo demás, el número incluía, entre otros contenidos, una amarga reflexión del subdirector de la revista José Soria sobre los crecientes problemas de salud mental a los que se enfrentaban las sociedades occidentales debido a un «clima cultural incómodo para el hombre» por la «idolatría del éxito, el triunfo personal, la competitividad rabiosa» y la consiguiente «insatisfacción, vacío y pérdida de individualidad» (Soria, 1974a: 10-11), un breve reportaje sobre el nuevo Centro Piloto de Salud Mental abierto en febrero de 1972 por el PANAP en el barrio de Salamanca de Madrid (Sola, 1974) y el anuncio de un curioso «chequeo al hombre de la calle» que la revista pretendía acometer con la finalidad de «recoger la opinión de quienes, sin otra cualificación que la de ciudadanos, pueden aportar ideas claras y precisas sobre sus problemas, frustraciones y esperanzas» (Salud Mental, 1974b: 37).

La aparición de *Salud Mental*, de la que se tiraron hasta 1978 nueve números dedicados monográficamente a temas como la «moderna» asistencia psiquiátrica, la agresión y la violencia, la adolescencia y el cambio

social, los trastornos de la conducta en la infancia, los ancianos y la sociedad, la familia, el alcoholismo, la gran ciudad y la sexualidad, se complementó con la publicación de los *Cuadernos para la Educación en Salud Mental*, una colección de 51 folletos cuya edición se prolongó hasta 1979 bajo el patrocinio primero de la Dirección General de Sanidad y luego del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. También redactados en gran parte por Serigó con el objeto de «informar sobre los aspectos necesarios para el equilibrio humano, físico, psíquico y social», los *Cuadernos* reunieron contenidos muy diversos procedentes de la medicina, la psicología, la pedagogía, la sociología e incluso la literatura, y abordaron una extensa panoplia de cuestiones relacionadas con la herencia, el medio escolar, la familia, el desarrollo psicológico, la sexualidad, las drogas o el mundo laboral.[10] A pesar de lo que pueda sugerir esta diversidad temática, su orientación psicosocial era tan evidente que hasta aquellos números dedicados a cuestiones más biológicas destacaban el papel preponderante de los factores sociales, educativos o meramente ambientales en la mayor parte de los ámbitos y fenómenos de la vida.[11]

De igual modo, aquellos años asistieron a otras iniciativas similares debidas a sociedades científicas, instituciones asistenciales o editoriales comerciales simplemente interesadas en un mercado en aparente expansión. Entre dichos proyectos pueden señalarse los *Cuadernos Genus de Sexología, Genética y Psicología* publicados entre 1968 y 1972 por la Editorial Nova Terra de Barcelona, cuyos 14 números incluyeron monográficos dedicados a la «olvidada salud mental» (Cuadernos Genus, 1968), la

10 Valga como muestra la siguiente enumeración de títulos: *La herencia biológica, Sanciones escolares y salud mental, La familia en un mundo en cambio, La formación de la personalidad del niño, Cambios psicológicos en la tercera edad, Sexo y sexualidad, Concepto médico-psicológico de la adaptación social, Educación integral y salud mental, Droga y juventud* o *Relaciones humanas en la empresa*.

11 Así, por ejemplo, en el primer folleto de la serie, dedicado a *La herencia biológica*, José Soria señalaba que «existe una tendencia entre los médicos psiquiatras a preocuparse más de los factores ambientales que han ayudado a la puesta en marcha de los trastornos psíquicos que de los genéticos. […] Muchas predisposiciones a la esquizofrenia sólo se manifiestan cuando actúan otros factores ambientales. […] Entre los factores ambientales más responsabilizados por los investigadores se encuentran las alteraciones de la dinámica familiar: el modo de relación que se practica entre los miembros de la familia, la interpretación de la realidad que se estimula y la forma de comunicación consciente e inconsciente» (Soria, 1974b: 43-45).

neurosis o la crisis de la familia, y —con un perfil algo más profesional— los *Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas* (1968-1976) dirigidos por el psiquiatra catalán Diego Parellada —sucesor de Sarró al frente de la Liga Española de Higiene Mental— y editados en Barcelona con visible apoyo de la industria farmacéutica (Doménech i Llaberia, 2008). A pesar de ser una publicación centrada en los problemas psicopatológicos de la infancia, los *Rapports* en general y Parellada en particular publicaron un gran número de artículos sobre la «prevención psiquiátrica», el «concepto de salud mental» o la «preservación de la salud mental», de manera que sus páginas también pueden tomarse como un claro testimonio del decisivo desplazamiento experimentado en los años anteriores por el ideario y la retórica profesional de los psiquiatras:

> La higiene mental —concluía Parellada en uno de sus trabajos— adquiere una importancia cada vez más considerable, no solamente como prevención de las afecciones psiquiátricas, sino también como promoción de un buen desarrollo psicológico personal (que va ligado tanto a la creación de bienestar personal como a un mejor engranaje social) del que se derivan beneficios para todos y cada uno de los miembros de la comunidad (Parellada 1975: 26).

Consideraciones finales

En líneas generales, pues, puede decirse que, más allá de la innegable ruptura que supuso el final del régimen franquista y la consolidación de la democracia parlamentaria para la implementación de una renovación efectiva de la asistencia psiquiátrica en España (García, 1995; García, Espino, Lara, 1998), las implicaciones del nuevo concepto de salud mental venían planteándose al menos desde los años sesenta, inspirando renovados programas de educación sanitaria y diversas propuestas de reforma asistencial. Ciertamente, ello no se tradujo en realizaciones sustanciales, pero esto no debe conducir a soslayar la creciente presencia en el país de un nuevo ideario destinado a desplazar el foco de los discursos y las prácticas psiquiátricas desde el interés colectivo y nacional al bienestar individual, desde lo biológico a lo psicosocial —o, si se quiere, desde la genética al ambiente—, desde las psicosis a las neurosis, desde el deber al derecho, y, en definitiva, desde una definición muy restrictiva a otra muy expansiva con respecto a sus problemas y atribuciones.

Bibliografía

Alberca, Román (1952). «Prólogo». En: Hadfield, James Arthur, *Psicología e higiene mental.* Madrid: Morata, 11-15.

Álvarez Peláez, Raquel (2003). «Higiene mental y eugenesia». *Frenia*, III(1): 115-122.

Bertolote, José (2008). «The roots of the concept of mental health». *World Psychiatry*, 7(2): 113-116.

Busquet Teixidor, Tomás (1928). *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular*. Barcelona: Librería Catalonia.

Campos, Ricardo (2015). «Psiquiatría republicana *vs.* psiquiatría franquista. Rupturas y continuidades (1931-1950)» [*Documento inédito*].

Campos, Ricardo; Novella, Enric J. «La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960)». *Dynamis,* 37(1): 65-87.

Campos, Ricardo, Villasante, Olga; Huertas, Rafael (eds.) (2008). *De la «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*. Madrid: Frenia.

Casco Solís, Juan (1995). «Autarquía y nacional-catolicismo». En: Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de l»Infirmerie. Certificateur.* Madrid: Extra Editorial, 197-226.

Casco Solís, Juan (1999). «Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960)». En: Fuentenebro, Filiberto, Berrios, Germán E., Romero, Isabel; Huertas, Rafael (eds.), *Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Madrid: Necodisne, 85-128.

Castel, Robert (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. París: Éditions de Minuit.

Castilla del Pino, Carlos (1977). «La psiquiatría española (1939-1975)». En: Castellet, Josep M. (ed.), *La cultura bajo el franquismo*. Barcelona: Ediciones de Bolsillo, 79-102.

Cuadernos Genus (1968). «La olvidada salud mental». *Cuadernos Genus de Sexología, Genética y Psicología* (3). Barcelona: Nova Terra.

Comelles, Josep M. (1988). *La razón y la sinrazón: Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU.

De Miguel, Jesús M.; Oltra, Benjamín (1971). «Para una sociología de la salud mental en España». *Revista Española de la Opinión Pública*, 24: 3-22.

De Riquer, Borja (2010). *La dictadura franquista*. Barcelona/Madrid: Crítica/Marcial Pons.

Doménech i Llaberia, Edelmira (2008). «Noticia sobre los "Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas" y el Doctor Dídac Parellada». *Gimbernat*, 51: 299-310.

Dowbiggin, Ian Robert (1997). *Keeping America Sane: Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Dowbiggin, Ian Robert (2011). *The Quest for Mental Health: A Tale of Science, Medicine, Scandal, Sorrow and Mass Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

Espino, José Antonio (1980). «La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial». *Estudios de Historia Social*, 14: 59-106.

Facultad de Medicina de Barcelona (1960). *Décimo curso del Seminario de la Cátedra de Psiquiatría (Prof. Dr. Ramón Sarró). 1960: Año Mundial de Salud Mental. Cursos monográficos*. Barcelona: Typus.

García, Ramón (1995). *Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus.

García, José; Espino, José Antonio; Lara, Ladislao (eds.) (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid: Díaz de Santos.

González de Pablo, Ángel (1987). «Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española. La implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(23): 633-647.

González de Pablo, Ángel (1995). «La Escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española». En: Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de l'Infirmerie. Certificateur.* Madrid: Extra Editorial, 229-249.

González Duro, Enrique (1978). *Psiquiatría y sociedad autoritaria*. Madrid: Akal.

Grañén Raso, Enrique (1969). *La promoción de la salud mental.* Barcelona: Instituto de Medicina Psicológica.

Grob, Gerald (1987). *Mental Illness and American Society, 1875-1940.* Princeton: Princeton University Press.

Huertas, Rafael (1995). «El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España». *Dynamis*, 15: 193-219.

Huertas, Rafael (2002). *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936).* Madrid: Frenia.

Illouz, Eva (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Madrid, Katz.

Kringlen, Einar (2003). «A contemporary history of psychiatry». En Fuentenebro, Filiberto; Huertas, Rafael; Valiente, Carmen (eds.) *Historia de la psiquiatría en Europa: Temas y tendencias*. Madrid: Frenia, 725-734.

Lázaro, José; Bujosa, Francesc (2000). *Historiografía de la psiquiatría española*. Madrid: Triacastela.

Linares Maza, Antonio (1972). «La salud mental y las personas que han de contribuir a ella». *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España,* 7: 115-120.

Linares Maza, Antonio (1983). «La psiquiatría andaluza en la primera mitad de nuestro siglo. Personalidades destacadas: Miguel Prados Such (Málaga)». *Archivos de Neurobiología*, 46(1): 59-66.

López Ibor, Juan José (1942). «La psiquiatría en España en la hora presente». *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría,* 2: 17-18.

López Sánchez, José M. (1972). «De la salud mental relativa a la salud mental». *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría,* 3: 11-18.

Marco Merenciano, Francisco (1958). «Nuevas orientaciones sobre higiene mental». En *Ensayos médicos y literarios.* Madrid: Ediciones Cultura Hispánica, 87-116.

Marset Campos, Pedro (1985). «Luis Valenciano Gayá. Un hombre a contrapelo de su tiempo». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* 5(15): 416-426.

Marset Campos, Pedro; Sáez Gómez, José Miguel; Martínez Navarro, Fernando (1995) «La salud pública durante el franquismo». *Dynamis*, 15: 211-250.

Novella, Enric J. (2010a). «Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: A retrospective and prospective view». *Health Care Analysis*, 18: 222-238.

Novella, Enric J. (2010b). «La higiene del yo: Ciencia médica y subjetividad burguesa en la España del siglo xix». *Frenia,* X: 49-73.

Parellada, Diego (1974). «La Liga Española de Higiene Mental». *Salud Mental*, 0: 33-36.

Parellada, Diego (1975). «La preservación de la salud mental». *Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas,* 8(39): 26-27.

Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) (1967). *La asistencia del enfermo mental.* Madrid: PANAP.

Prados Such, Miguel (1957). «Salud mental». *Revista de Psicología General y Aplicada,* 12: 545-563.

Salazar Agulló, Modesta; Martínez Marco, Emilio A.; Bernabeu-Mestre, Josep (2007) «La salud materno-infantil durante el franquismo: Notas bibliométricas sobre el programa "Al Servicio de España y del Niño Español"». *Asclepio*, LIX(1): 285-314.

Salud Mental (1974a). «Editorial». *Salud Mental,* 0, 5-6.

Salud Mental (1974b). «Chequeo al hombre de la calle…» *Salud Mental*, 0, 37.

Santo-Domingo Carrasco, Joaquín (1963). «La higiene mental y la asistencia psiquiátrica ambulatoria en España». *Archivos de Neurobiología*, 26: 22-50.

Sarró, Ramón (1960). «Fomento de la salud mental en España». *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 19: 1-12.

Seashore, Carl Emil (1941). «The term "euthenics"». *Science*, 94(2450): 561-562.

Serigó Segarra, Adolfo (1969). *Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales*. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

Sivadon, Paul y Duchêne, Henri (1958). «Santé mentale, higiene mentale et prophylaxie mentale». En *Traité de psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Vol. 3, Art. A37960, A30.

Sola, Claudio (1974). «Centro Piloto de Salud Mental (Madrid)». *Salud Mental*, 0: 19-22.

Solé Sagarra, José (1960). «Progreso de la higiene mental en la infancia». *Anales de Medicina y Cirugía*, 40(161): 305-314.

Soria, José (1974a). «Salud mental, nueva cultura». *Salud Mental*, 0: 7-11.

Soria, José (1974b). «La herencia biológica». *Cuadernos para la Educación en Salud Mental*, 1. Madrid: Dirección General de Sanidad.

Toms, Jonathan (2013). *Mental Hygiene and Psychiatry in Modern Britain*. Londres: Palgrave/Macmillan.

Valenciano Gayá, Luis (1954). «Higiene mental: contenido, posibilidades y límites». *Archivos de Neurobiología*, 17: 365-390.

Valenciano Gayá, Luis (1960a). «La higiene mental en España (1926-1960)». *A Criança Portuguesa*, 19: 379-399.

Valenciano Gayá, Luis (1960b). «Contribución al Plan Nacional de Salud Mental». *Archivos de Neurobiología*, 23: 146-153.

Valenciano Gayá, Luis (1977). *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata.

Vallejo Nágera, Antonio (1945). «Psicopatología e higiene mental». *Ser. Revista Médico-Social*, 4: 32-40.

LA POPULARIZACIÓN MÉDICA DURANTE EL FRANQUISMO: UN PRIMER ACERCAMIENTO[1]

Enrique Perdiguero-Gil
Universidad Miguel Hernández de Elche

Resumen El capítulo estudia las obras de popularización médica publicadas durante el franquismo para analizar su influencia en la medicalización de la sociedad. Los tipos fundamentales encontrados son los textos dedicados a los primeros auxilios, las enciclopedias y diccionarios, y las dedicadas a la medicina en el hogar. El objetivo fundamental de estas obras es enseñar a la población a como relacionarse con el médico. La información sobre las enfermedades es mucho más importante que la dedicada a prevención.

Palabras clave: popularización de la medicina, medicina doméstica, franquismo, España.

Medical Popularization during the Francoism: A First Approach

Abstract: The chapter examines the works of medical popularization published during the Francoist period in order to analyze their influence on the medicalization of society. The basic types encountered are encyclopaedias and dictionaries, and texts on first aid, and on domestic medicine. The main objective of these works is to teach people about doctor-patient relationships. Information about diseases is much more important than advice on prevention.

Key-words: medical popularization, domestic medicine, Francoism, Spain.

1 Este trabajo ha sido elaborado en el marco de los proyectos, financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad, «De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)» (HAR2012-34588) y «Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención» financiado, también, por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional - FEDER – "Una manera de hacer Europa" (HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO/FEDER, UE]).

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 105–138. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

La popularización médica como objeto de estudio

Las obras de popularización médica no atrajeron demasiada atención historiográfica hasta los años 80 del siglo pasado.[2] Se tenían por versiones simplificadas del «verdadero» conocimiento. La *cultural history* y la influencia de la Antropología cultural, que ya venía estando presente en la labor de los historiadores de la medicina (Ackerknecht, 1971), generó interés por este tipo de trabajos. No es este el lugar para realizar un análisis detenido de cómo los textos de popularización médica pasaron a ser objeto de estudio para los historiadores.[3] Sí merece la pena señalar que la obra editada por Roy Porter (1992) *The Popularization of Medicine, 1650-1850*, puede considerarse la cristalización formal de este interés a nivel internacional.[4] En los últimos años ha aumentado sensiblemente la atención que se ha prestado a la popularización, no solo de la medicina, sino de la ciencia en general (Cooter y Pumfrey, 1994). Hoy en día la relación de la ciencia y sus públicos forma parte importante de la agenda de investigación de la historia de la ciencia (Papanelopoulou, Nieto-Galán, Perdiguero, 2009; Nieto-Galán, 2011), no solo como objeto en sí mismo sino como un ingrediente fundamental de toda tarea historiográfica.

¿Qué ofrecen las obras de popularización médica? Como todas las de popularización científica son un objeto privilegiado para analizar el *knowledge in transit* (Secord, 2004). Permiten estudiar qué y cómo se comunica la ciencia, qué elementos se eligen para ser comunicados, qué estrategias se escogen y cómo ese conocimiento en movimiento se va transformando en su circulación a través de procesos de apropiación y re-significación. La visión pasiva de los públicos se ha transformado en una perspectiva en la que se considera que los receptores tienen un papel

2 El artículo de Rosenberg (1983) sobre la *Domestic Medicine* del escocés William Buchan es un buen ejemplo del interés que comenzaron a suscitar este tipo de textos.

3 Para una revisión al respecto véase Perdiguero, Pardo, Martínez (2009).

4 Fue un elemento más para ir construyendo una historia de la medicina «desde abajo» que, ya apuntada años antes por Ackerknecht (1967) y otros autores, propugnaba el propio Porter (1985a, 1985b). Para una revisión de los planteamientos de Porter, no estrictamente originales, pero sí los más difundidos, véase Perdiguero (1991). Para el caso de las obras de medicina doméstica publicadas en España durante la Ilustración véase Perdiguero (1992, 2003). Una incipiente investigación sobre la popularización médica en la España del siglo xix (Perdiguero, Ballester, 1993) no tuvo continuidad.

activo en la legitimación del conocimiento y de los científicos e, incluso, en la generación del propio conocimiento. Las obras de popularización médica tienen una particularidad: los elementos y estrategias escogidas para comunicar tratan, sobre todo, de modificar los comportamientos de la población y establecer una hegemonía de los profesionales sanitarios en la gestión de los problemas de salud en detrimento de las opciones profanas y/o consuetudinarias de curar y sanar.[5] Permiten, por tanto, acercarse a aquello que los profesionales hicieron para extender la «mirada médica», y acrecentar la medicalización. Pueden considerarse, en este sentido, un vehículo de posible educación sanitaria más allá de las iniciativas institucionales.

Los libros considerados aquí pretenden alcanzar el objetivo «medicalizador» a través de diversos contenidos y estrategias. Al contrario que lo que ocurre con las campañas de propaganda o educación sanitaria,[6] o los *curricula* escolares (Terrón, Comelles, Perdiguero, 2017) lo que se dice en ellos no viene impuesto. Los libros se podían adquirir o no. Por tanto, si resulta difícil evaluar el impacto de una campaña sanitaria, o el resultado de las acciones educativas, más aún plantear qué supusieron estos libros. No se sabe quién los compró, que tirada tuvieron, cómo se usaron ni impacto en aquellos que los leyeron u oyeron su lectura. Solo, a veces, podemos encontrar alguna huella al respecto. Así, por ejemplo, una «carta al director» publicada en la edición sevillana de *ABC*, el 25 de febrero de 1976 (p. 15), con el título «Susto y llanto», narra un episodio asistencial en el que unos padres se quejan de no haber podido acompañar a su pequeño hijo mientras se le realizaban unos análisis de sangre en el *Instituto de la Seguridad Social* de Écija. El niño asustado rompió a llorar y el padre señala en la carta:

> […] ¿es que necesariamente hay que darle ese tremendo y horrendo susto? Porque, según los doctores cardiólogos don Roberto Natangelo y don Aldo Saponaro, las enfermedades del corazón pueden ser ocasionadas por un terrible susto, emoción o algo por el estilo […].[7]

5 Véanse al respecto los análisis de Comelles, Perdiguero (2014) y Perdiguero, Comelles (2014).

6 Sobre las diferencias terminológicas entre propaganda y educación sanitaria véase Perdiguero (2015).

7 Natangelo y Saponaro son autores de dos obras de medicina doméstica consideradas en este trabajo (Véase el Anexo).

No obstante, las obras de popularización médica sí permiten, por sus características, intuir el público diana para el que fueron escritas y que las editoriales consideraron podría adquirirlas. Lo dicho en los prólogos de los textos, sus contenidos y el modo de organizarlos permiten analizar qué papel se le otorgaba a la asistencia doméstica y qué estrategias se utilizaron para conseguir la hegemonía de los profesionales en la gestión de la salud y la enfermedad. Así mismo, es posible ver si se prestó más atención a la curación que a la prevención, en un contexto de abandono de la salud pública por parte del régimen franquista (Perdiguero, 2015). En este capítulo se realiza un primer acercamiento a estos públicos y estrategias.

La localización de los textos de popularización médica resulta problemática. Por su naturaleza, en muchas ocasiones efímera, es difícil que figuren en los fondos de las grandes bibliotecas y bibliotecas universitarias. Por ello, además de consultar a través de sus respectivos catálogos los fondos de la Biblioteca Nacional de España, de la Biblioteca de Catalunya, de la Red de Bibliotecas Universitarias y el *Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya,* se ha hecho necesario recurrir a las centrales de libros usados. Éstas, han permitido localizar textos no conocidos o ediciones no localizadas de otros ya identificados. En todo caso, el procedimiento de recuperación bibliográfica con estos recursos queda, en cierta medida, sujeto al azar. Las ecuaciones de búsqueda utilizadas han sido muchas,[8] pero, aún así, es posible que no se hayan localizado textos que hubieran sido de interés. Para realizar una aproximación al grado de extensión de las obras consideradas se ha utilizado el catálogo conjunto de bibliotecas del Estado y de las Comunidades Autónomas. No se aportan datos cuantitativos en este capítulo, pero sí comentarios que permiten acercarse a las obras que, probablemente, tuvieron mayor circulación.

Las obras de popularización médica durante el franquismo

En esta primera aproximación a las obras de popularización médica publicadas durante el franquismo se han tenido en consideración aquellas dedicadas a ofrecer consejos de ámbito general sobre salud y enfermedad a todos los segmentos de la población. Las dificultades heurísticas a

8 Dada la poca sofisticación documental de los catálogos *on-line* consultados se han utilizado múltiples combinaciones con las palabras medicina, salud, doméstica, hogar, familia, primeros auxilios, enciclopedia, etc.

las que ya se ha aludido no han permitido consultar obras que cumplen este criterio de inclusión. Es el caso de la *Enciclopedia Consulta: medicina para todos* (1965), publicada por fascículos hasta constituir 12 volúmenes. Tampoco hemos podido consultar dos colecciones, con el mismo título genérico: *Enciclopedia de la Salud.* Una de ellas, de la Editorial Bruguera, apareció en 1955-56. El título daba cobertura a un conjunto de pequeñas monografías,[9] de algo más de un centenar de páginas, en 8º, al precio de 15 pesetas. La otra colección, con el mismo título, fue publicada por la Editorial Pastor (Valencia) en 1958. Estaba constituida por pequeños fascículos que se organizaban en tomos. Esta editorial era propiedad de Joaquín Juan Pastor (1895-?), el editor de las publicaciones anarquistas anteriores a la guerra civil *Generación Consciente* (Alcoy, Alicante) y *Estudios* (Valencia).[10] Al salir de la cárcel, tras el conflicto bélico, recuperó parte del fondo bibliográfico de su editorial y reditó aquello que resultaba menos conflictivo en el contexto de la dictadura. Publicó, además, nuevas colecciones. Algunos de los fascículos de la *Enciclopedia de la Salud* fueron obra de Roberto Remartínez (1895-1977), el coordinador de la sección de «Preguntas y repuestas» de la revista *Estudios* (Tabernero, Jiménez, Molero, 2013), en la que también colaboraron otros conocidos médicos anarquistas como Isaac Puente o Félix Martí Ibáñez.[11]

Se han excluido las decenas de libros dedicados a problemas de salud concretos, publicadas por editoriales como, por ejemplo, De Vecchi, Daimon,[12] o Bruguera. También han quedado fuera las posibilidades de estudio de este primer acercamiento los volúmenes sobre salud que formaban parte de enciclopedias y diccionarios de más amplio espectro, como las publicadas por Labor o Nauta. También se han excluido las obras dedi-

9 Así, por ejemplo, la primera de ellas, publicada en 1955, con el título *¿Puede matar la alergia?*, también se ocupaba de «Como combatir el insomnio. Causas de la falta de apetito ¿Por qué se envejece? ¿Va a tener un bebé? Sus piernas pueden ser más hermosas. El dolor de cabeza, síntoma o accesorio de enfermedad. Belleza femenina» (*La Vanguardia Española*, 30 de marzo de 1955: 19).

10 Sobre Joaquín Juan Pastor véase Martí Boscá (2007).

11 Ambos autores han sido bien estudiados. Baste citar para el caso de Isaac Puente, Fernández de Mendiola (2007) y para el de Félix Martí Ibáñez, Martí Boscá y Rey (2004).

12 Tanto Daimon como De Vecchi siguen teniendo hoy el mismo perfil editorial. Bruguera desapareció en 1986. También cerró, en 1996, Labor, otra editorial muy activa en la popularización de conocimiento.

cadas exclusivamente a la infancia, y las publicadas, sobre todo en los 60 y 70, sobre la sexualidad. Su análisis requiere un acercamiento monográfico.

Las abundantes obras de Adrian Van Der Put Vermuden (1892-1974), conocido como Dr. Vander[13] no se han analizado. Al estar publicadas desde una posición estrictamente naturista, precisan un estudio en sí mismas, incluida la *Guía Médica del Hogar* (Vander, 1957),[14] con numerosas reediciones y muy presente en los catálogos de las bibliotecas públicas.

El tema del naturismo es, sin embargo, difícil de orillar. Está presente, de manera más o menos explícita, en alguna de las obras de popularización médica que han sido consideradas en este trabajo,[15] o, de modo explícito, en otros textos de alguno de los autores de los libros analizados. En los tenidos en cuenta en este capítulo, el naturismo no ha sido la perspectiva dominante a la hora de dar consejos en el ámbito doméstico. Un caso especial es el de las obras de Hubert Oscar Swartout (1888-1985), un adventista del séptimo día, en las que el vegetarianismo de los adeptos a esta confesión está claramente presente. Formaban parte de su literatura de «colportaje».[16] Pero el conjunto de los textos de Swartout, que no se

13 Sobre el Dr. Vander véase Gutiérrez, Martínez y Medina (2004) y Artetxe (2000: 157-63).

14 Su subtítulo es *Moderna Medicina Natural* y se basa, fundamentalmente, en terapias naturales. Constaba de 3 volúmenes.

15 Es el caso del *Diccionario médico Labor para la familia* (1ª ed. 1962) dirigido por Heinrich Mommsen (1896-1983), pediatra y partidario de la Naturopatía. El prólogo de la obra advierte: «Entre los tratamientos medicamentosos se citan […] los de la Medicina por los agentes naturales, de gran predicamento en los países germánicos y de eficacia sancionada por una dilatadísima experiencia, como son el aire, el agua y el sol» (Editor [El], 1961) . Lo mismo ocurre en otras obras provenientes de traducciones del alemán, como *El médico en casa. Consejero médico para sanos y enfermos* (Pollack, 1959), que presta atención a tratamientos naturales y, también, homeopáticos. Kurt Pollack (1919-?) publicó muchos libros sobre medicina naturista pero en la obra considerada mantiene un equilibrio con la medicina científico-experimental. Similar es el caso del texto del médico suizo Karl M. Kirch, *El médico en casa* (1967), autor, así mismo, de una obra sobre el insomnio desde una perspectiva naturista (Kirch, 1989).

16 Dos de los textos analizados, *El instructor médico del hogar* (Swartout, 1955a) y *El consejero médico del hogar* (Swartout, 1955b) formaban junto a *El hogar feliz* (Beach, 1953) de la llamada *Enciclopedia del Hogar*. Fueron las primeras obras adventistas que pudieron publicarse tras la guerra civil. A falta de ellas se hizo colportaje con las obras del Dr. Vander. La obra Rossiter (1915), *Guía práctica de la salud*, usada por los primeros adventistas en España es un antecedente de los textos de Swartout (López, 1990: 225-6 y 314-6; Valls, 2003: 76-77 y 155). A pesar de haber incluido aquí estas obras, al igual que ocurre en el caso de las

ciñe únicamente a planteamientos naturistas, resulta útil para acercarse al modo de delimitar la medicina doméstica. Además, su importante presencia en la bibliotecas públicas puede indicar su extensión más allá de los círculos adventistas.

Desde el punto de vista temporal se han considerado las obras cuya primera edición se publicó entre 1939 y 1975. Algunas, aparecidas durante este periodo, fueron reediciones de textos publicados en el primer tercio del siglo XX. Es el caso de *El medico del hogar: tratado popular de plantas medicinales*, publicado en castellano en 1922 (Boué, 1922)[17] con varias ediciones a lo largo de los años. La últimas de ellas, de 1989, se dice que es la decimoctava (Boué, 1989).[18] Ocurre lo mismo con la *Enciclopedia de la Salud* de Félix Reinhard, pues aunque fue editada en 1955 (Reinhard, 1955), —con varias ediciones posteriores—, el original es, probablemente, de 1929 (Reinhard, 1929a).[19] En general, en aras de la brevedad, no se reseñan con detenimiento todas las ediciones publicadas de las obras consideradas, aunque se hace referencia a aquellas que resultaron más longevas.

Con estos criterios de inclusión y exclusión se han analizado 27 obras (ver Anexo).[20] Desde un punto de vista cronológico, tomando en consideración cada decenio,[21] entre 1939 y 1949 tan solo se publicó una obra, entre 1950 y 1959, 9 (33,3 %), entre 1960 y 1969, 10 (37 %), y entre 1970 y 1975, 7 (25 %). Por lo visto en las bibliotecas y centrales de venta de libros usados, la publicación de libros sobre estas temáticas aumentó notablemente durante la transición democrática, probablemente como reflejo

---

del Dr. Vander, todas las relacionadas con la salud publicadas por la editorial adventista Safeliz, requieren estudio aparte. Entre ellas está, por ejemplo la de Aguilar y Gálvez (1957) *La madre y el niño*, con dos decenas de ediciones hasta la década de los 80.

17 Otra obra de este autor sobre plantas medicinales se publicó, en castellano, con anterioridad (Boué, 1918).

18 Hay una edición en castellano, de *El médico del hogar,* reciente (Boué, 2008), publicada en México.

19 *Heilkinde für Alle* (1929), que quizá corresponda a la publicada en castellano en 1932 con el título *Consejero médico del hogar* (Reinhard, 1929b).

20 No se incluye en la bibliografía, a no ser que sea preciso, por ser el autor citado el prologuista o otras circunstancias especiales, las referencias de las fuentes consultadas. Se remite al Anexo para evitar repeticiones.

21 Aproximadamente, puesto que el primer periodo considerado (1939-1949) abarca once años, y el último (1970-1975) tan solo 6.

de la nueva cultura de la salud que se iba desarrollando en la sociedad española.

A lo largo de los años que hemos considerado, los cambios en la morbimortalidad, socioeconómicos y culturales fueron muy importantes. Es de esperar que se tradujesen en cambios en el tipo de obras publicadas y en el contenido de las diferentes ediciones de una misma obra. Pero son temas que requieren un estudio más detenido. Así, si se toma como ejemplo la posible disminución de la preocupación por las enfermedades infecciosas en las obras consideradas, como reflejo de su menor incidencia, se requiere un análisis más pormenorizado que el que se ha podido realizar aquí. La mayoría de los textos tienen un abordaje sistemático de «todas» las enfermedades, o están organizadas a modo de diccionario, por lo que resulta difícil comprobar tal decremento a no ser que se realicen comparaciones entre ediciones cuando estas fueron revisadas.

Una característica muy sobresaliente de los textos analizados es que la gran mayoría de ellos provienen de traducciones: 21, un 77%. Dado que en algunos casos no se menciona la edición original, los datos ofrecidos en el anexo son, en ocasiones, inferencias, a partir de los escritos originales de los autores. La presencia de traducciones de obras publicadas en italiano, un 28,6 %, se debe, fundamentalmente, a la Editorial de Vecchi, con casa central en Milán, dedicada a la vulgarización de conocimientos de muy diversos ámbitos.[22] La filial barcelonesa publicó en castellano un buen número de las obras editadas por la matriz.[23] El mismo porcentaje corresponde a las traducciones de obras escritas en inglés, la mayoría de ellas a partir de las del adventista Swartout (1952, 1955a, 1955b, 1966), todas ellas publicadas por la, también adventista, Editorial Salud y Felicidad, posteriormente Safeliz.[24] La obras provenientes del francés suponen un 19 % y desde el alemán, se tradujeron un 23,8 %. Los orígenes son diversos y no hay preponderancia de editorial o autor en ninguno de los dos casos. Nos encontramos, por tanto, con textos que, al parecer, tenían

22 Sigue siendo el caso en la actualidad, como parte del grupo editorial Giunti, tras haber sido adquirida a lo largo de los años por diversos grupos editoriales. Véase Giovanni De Vecchi Editore spa (1962-) <http://www.lombardiabeniculturali.it/archivi/soggetti-produttori/ente/MIDB001405/> [Consultada el 16 de marzo de 2016].

23 También hubo una filial francesa con sede en París.

24 Véase <http://www.publicacionesadventistas.com/Editorial-Safeliz-Libros-de-vida-y-Salud> [Consultada el 16 de marzo de 2016]

un mercado editorial al que solo concurrieron un reducido número de autores nacionales. Con las fuentes utilizadas no puede saberse las razones que guiaron la elección de las obras traducidas. Puede deberse al éxito editorial en los países de origen. Una cuestión relevante de las traducciones es la adaptación al contexto español. Suelen constar los responsables de la versión en castellano que, además de traducir, la revisaban y, en ocasiones, la ampliaban. No se ha investigado sistemáticamente a los traductores, si bien de la mayoría se dicen que son médicos. En este acercamiento provisional no ha se podido analizar hasta que punto se llevó a cabo una revisión y adaptación al contexto español, partiendo de las ediciones originales. Hay elementos, como las personas de las fotografías que ilustran los textos en los que, desde luego, no hay correspondencia con las de la España de la época.[25] Sin embargo, lo más interesante de la descontextualización de las obras es la ausencia de alusiones al sistema asistencial. Muchas van dirigidas a las actuaciones «mientras llega el médico», pero las referencias a cómo y cuando podría darse la asistencia profesional son muy generales «[…] no siempre podemos disponer de un facultativo en un momento dado, y otras veces éste tarda en acudir varias horas […]» (Armstrong, Hallock, 1956: 9); o se basan en asunciones no siempre posibles: «Es conveniente para cada familia, tener un médico de cabecera que conozca a los miembros que la forman y sepa sus predisposiciones, su ambiente de vida y sus enfermedades pasadas» (Venzmer, 1967: 524). Es difícil, por tanto, saber qué suponía el «mientras tanto» en el contexto de los años 50 y 60, antes de la extensión de la cobertura del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a una mayoría de la población.

En el caso de la ciudad de edición hay un claro predominio barcelonés, un 74%, coherente con la mayor pujanza editorial de la Ciudad Condal. El resto fue publicado en Madrid, excepto el de Martínez (1949), un librito de 91 páginas, publicado en Valencia, por la ya mencionada Editorial Pastor.

25 En la edición consultada de *El nuevo consejero médico* se indica la procedencia de las imágenes, citándose mayoritariamente embajadas, laboratorios y entidades europeas y norteamericanas (Swartout, 1966: 9).

Los autores

En lo que se refiere a los autores, prácticamente todos eran médicos.[26] Algunos no han podido ser identificados y de otros solo hay algún dato aislado que no tiene interés detallar. Encontramos varios perfiles. Por un lado están los que, dedicados con cierta notoriedad, a alguna rama de la medicina, hicieron alguna incursión en la popularización médica. Es el caso de Donald B. Armstrong (1886-1968), bien conocido por sus actividades y escritos en diversos aspectos de la salud pública (Wheatly, 1968; Fisher, Brown, 2004; Susser, Stein, 2005). O el de Edoardo Gallico (1920-2013), radiólogo, tisiólogo, especialista en cáncer, profesor universitario y pintor de cierto relieve. O el de Helmut Mommsen, ya citado. Entre los españoles está Arturo Fernández-Cruz Liñán (1910-1981), catedrático de Patología General y Propedéutica de la Universidad Complutense de Madrid, tras haber ocupado las cátedras de esta disciplina en la universidades de Santiago de Compostela y Barcelona.

Algunos autores se dedicaron con asiduidad a la popularización médica, aunque también publicaron sobre otros temas. Se pueden citar los casos a Pierre Vachet (1892-198?), médico y psicólogo, director de la *École de Psychologie* y de la *Revuee de psycologie appliquée*;[27] o Gerhard Venzmer (1893-1986), quien ya en 1928 creó la revista *Kosmos*, dedicada a la divulgación científica, y con una importante producción popularizadora.[28]

Por último, están los autores que centraron su actividad, fundamentalmente, en la popularización médica, como los italianos Roberto Natangelo y Aldo Saponaro (1916-), sobre los que se conoce muy poco.

Mención aparte merece el ya citado adventista Hubert O. Swartout, un personaje que hasta ahora no ha sido estudiado por la literatura internacional. Hay que situarlo en el contexto de la importante vertiente de

26 No era médica Grace Taber Halloch (1893-?) una autora especializada en libros infantiles sobre temas de salud que publicó junto Donald B. Armstrong. Tampoco lo era Lulu Williams Gillum, autora de trabajos sobre economía doméstica, que publicó junto a Glover Nelson Gillum.

27 Conocido especialmente por su *Les maladies de la vie moderne* (Vachet, 1962) que fue publicado en castellano varias veces desde 1966 (Vachet, 1966).

28 Es conocido por haber utilizado en sus obras las ilustraciones Fritz Khan (1888-1968), cuando el médico judío, autor del famoso dibujo «El hombre como palacio industrial», tuvo que huir de Alemania (Von Debschitz, Von Debschitz, 2013). Tanto de Venzmer como de Kahn se publicaron varias obras de popularización en el periodo considerado.

reformismo sobre la salud en la que se enmarca a Ellen G. White, una de las fundadoras de la confesión (Numbers, 2003, 2008, Numbers y Schoepflin, 1984). Médico, doctor en Salud Pública por la Universidad de Yale, fue *public health officer* de varios condados californianos, entre ellos el de Los Ángeles[29] y el de San Luis Obispo, puesto del que se retiró en 1960.[30] Dedicó toda su producción a libros de medicina doméstica en un sentido amplio, que se vendían por todo el mundo mediante el sistema de colportaje, y a la publicación de centenares de artículos en revistas adventistas sobre salud, siendo editor de una de las principales, *Health*, hasta 1947. Sus obras fueron traducidas, adaptadas y ampliadas por José Antonio Valtueña Borque, también adventista, autor del opúsculo *El secreto de la salud* (1950)[31] y director de la efímera institución médica adventista madrileña (Valls, 2003: 160-1), *Instituto Clínico de Fisioterapia* (1952-1954).[32] La traducción y publicación de estos textos, en el contexto temporal de las dificultades de las opciones religiosas no incluidas en el catolicismo tras la Guerra Civil, fue parte importante de la recuperación económica de la iglesia adventista española (López, 1990: 207-224 y 447-473; Valls, 2003: 152-157; Valtueña, 2003).

De los consejos sobre primeros auxilios a las enciclopedias para las familias

Los textos utilizados pueden ser clasificados en tres grupos en lo que se refiere a su contenido y estructura. En primer lugar están los más sencillos, dedicados a primeros auxilios, un 22,2 % (6) de las obras estudiadas. Se trata de libros de no más de 200 páginas (la mayoría están entre 100-150), dedicados a dar consejos sobre percances domésticos de todo tipo:

29 Swartout (1935, 1944); Swartout, Harvey (1942).

30 Sobre Swartout aparecen datos biográficos a partir de sus artículos en *Life and Health*. Ver, por ejemplo el nº 3 del vol. 66, p. 7, <http://documents.adventistarchives.org/Periodicals/LH/LH19510301-V66-03.pdf> [Consultada el 15 de marzo de 2016].

31 Lo editó la Libreria Abenia, fundada por su padre Félix Valtueña Laorden para distribuir los libros del Dr. Vánder (López, 1990: 225 y 314-5).

32 Jose A. Valtueña, posteriormente, formó parte del departamento de publicaciones de la OMS, probablemente como traductor. Ha publicado noticias sobre el organismo internacional en revistas como *Triunfo*, *Jano* u *Offarm*. Fuera del circuito adventista es conocida su obra *Contra la medicina del médico* (Valtueña, 1976). Ha firmado sus trabajos como presidente del *Centro Internacional de Educación para la Salud*, organismo del que no ha resultado posible encontrar información.

> Picadura de mosquitos. Para calmar el escozor que produce esta clase de picaduras, cuando sea muy intenso se aplica sobre la región afectada una pasta compuesta por bicarbonato sódico y agua, o un paño empapado en agua amoniacal. Debe advertirse al paciente que se abstenga de rascarse aunque sienta intenso prurito, ya que ello puede causarle una grave infección (Armstrong, Hallock, 1956: 131).

o a socorrer a accidentados:

> Hemos visto no pocas veces en las playas, piscinas, excursiones a las montañas, etc. casos de accidentes desgraciados en que las personas circunstantes no han sabido más que llenarse de tribulación e incertidumbre, viendo impotentes y desesperados como la muerte arrebataba a unos de sus allegados, cuando un auxilio oportuno hubiera podido evitar el fatal desenlace. Ello nos induce a escribir el presente librito que consideramos de gran utilidad (Martínez: 1949: 3).

Su popularidad tiene que ver con la omnipresencia de este tipo de situaciones, pero también con la dificultad de encontrar asistencia profesional. Incluso cuando la población cubierta por el SOE fue aumentando en los años 60, la atención de las urgencias fue blanco de las críticas por su insuficiencia y mal funcionamiento (Candel, 1968: 166-167). Algunos de los autores dedicados, sobre todo, a la popularización médica tienen textos sobre el tema (Saponaro, 1970; Swartout, 1952). También se le dedica capítulos en las enciclopedias, lo que indica que cubrían un espacio asistencial, habitualmente en el ámbito del hogar, que concitaba gran interés.

Los consejos que se dan son, en ocasiones, muy simples como los que tratan de evitar intoxicaciones alimentarias: «En cuanto al caldo, salsas y otros condimentos preparados en casa, si no se conservan debidamente resultan ser un medio ambiente muy adecuado para la producción de bacilos, microbios y virus sumamente peligrosos [...]» (Odescalchi, 1969: 14). En otros son más elaborados, como los que se ofrecen frente a fracturas y heridas, en la mayoría de las obras que se han consultado. En general se trata de instrucciones sencillas frente a accidentes menores o para evitar dañar a los accidentados mientras se llama al médico.

Por su formato debían ser muy asequibles,[33] aunque solo conocemos el precio del de Adolfo Mur (1955b), un librito en 8º menor, de poco más de un centenar de páginas, en papel de baja calidad, con un precio de 5 ptas.[34]

En el extremo opuesto a los libros de primeros auxilios están las enciclopedias. Hemos analizado 9, un 33,3 % de las obras escogidas. Su extensión es variable, entre 500 y 1000 páginas y suelen estar profusamente ilustradas, en ocasiones con láminas de color. Algunas tuvieron gran envergadura, como la ya citada *Enciclopedia Consulta: medicina para todos*. Obras de este tipo menudearon en la época, no solo sobre medicina, sino también generales o sobre arte, literatura, historia, etc.[35] Estaban más destinadas a poseerlas que a consultarlas. Tras su encuadernación, habitualmente en guaflex, o imitación, se instalaban en las estanterías de los muebles del comedor de las viviendas, a la vista de las visitas, aportando, a la clase media que podía adquirirlas, a menudo con cierto sacrificio, una apariencia de interés por el conocimiento y la cultura.

El contenido de las enciclopedias médicas se organizó de modo diverso. Así, por ejemplo, la *Enciclopedia Médica Familiar* de José Pacheco (1963),[36] una de las más publicitadas en la prensa,[37] solo prestó atención

33 Para valorar el precio de los textos considerados, entre los muchos parámetros que se pueden utilizar para conocer los ingresos por el trabajo, se ha tomado el dato del salario mínimo interprofesional, porque permite, *grosso modo*, hacerse una idea de la relación entre el precio de una obra y el salario diario. Si se tiene en cuenta, que de las 1800 pesetas al mes (60 al día) de 1963, se pasó a 8400 (280 al día) en 1975 (Maluquer de Motes, Llonch, 2005: 1229-1230) podemos tener una idea de la accesibilidad económica de las obras. Por supuesto, para saber la disponibilidad de las familias para adquirir los libros analizados habría que tener en cuenta los precios y su incidencia en lo que debía dedicarse a las necesidades básicas. Son cuestiones que no pueden abordarse aquí.

34 El dato más próximo de salario mínimo con el que se cuenta es de 1963, 60 ptas. al día, por lo que el precio de este libro, suponía una doceava parte del mismo.

35 Muchas de ellas fueron publicadas por Salvat como, por ejemplo, *Monitor: enciclopedia Salvat para todos*, con varias ediciones en los sesenta y setenta.

36 Fue reeditada, con el mismo contenido, en 1972, con el título *El médico del hogar*.

37 Además de la publicidad, la obra fue reseñada en *La Vanguardia Española*, 23 de octubre de 1963: 13. En la reseña, sin firmar, se decía, refiriéndose a este tipo de obras: «Varios volúmenes y tratados sobre medicina casera se han publicado en estos últimos años. La enciclopedia sobre curación casera de dolencias y males es una tradición en el hogar, cumple la misión de aprovechar el tiempo, muchas veces vital, entre el descubrimiento de la dolencia y

a las enfermedades, cuya descripción se organizó por aparatos (más un capítulo inicial dedicado a las enfermedades infecciosas y otro final a los accidentes), con un fin informativo:

> Un libro médico para el hogar no puede pretender enseñar la «Medicina comprimida» a quien no posee unos conocimientos básicos previos para poder comprenderla. Nuestra opinión es que como máximo pueden esbozarse unos conceptos que intenten orientar y hacer comprensibles los hechos más importantes de cada enfermedad. Y este objetivo va dirigido tan solo a satisfacer la curiosidad de quienes sobre ello se interesen; ya que, indiscutiblemente, no podemos dar unas pautas terapéuticas que, en manos inexpertas, podrían conducir al desastre (Pacheco, 1972: 5).

El ejemplar que hemos consultado contiene una dedicatoria que nos da una pista sobre el posible uso de esas obras: «A mi querido amigo e inteligente practicante…con todo cariño y humilde bendición. Gijón, 16 de Mayo de 1953…». La complejidad de esta obra, con descripciones técnicas como, por ejemplo la ofrecida sobre el tratamiento de las bronquiectasias: «Combatir la infección de las secreciones mediante el empleo de antibióticos, que se elegirán previo un antibiograma. Se administrarán por vía intramuscular, intravenosa o intrabronquial en forma de aerosoles» (Pacheco, 1972: 99), indica que solo un público muy interesado y, probablemente, con conocimientos médicos previos, podía comprender estos textos.

En el mismo sentido, la enciclopedia de la editorial Nauta, organizada como un diccionario, indica en su prólogo que su objeto es «[…] ofrecer un libro de consulta a los estudiosos, facilitar al lector interesado o curioso unas definiciones comprensibles y exactas del apasionante mundo de la medicina […]» (Editores [Los], 1975: 6). Se trataba más de ilustrar que de proporcionar conocimientos para gestionar la salud y la enfermedad, haciendo hincapié en facilitar la comprensión de la terminología médica, precisa para la comunicación con los profesionales. Este objetivo, a pesar de los intentos, resultó difícil, pues en las páginas de las enciclopedias consultadas, es frecuente encontrar terminología médica sin explicar.

La *Enciclopedia médica para la familia* (1971), de Eduardo Gallico, también organizada como un diccionario, explica, en el mayoría de las

la llegada del facultativo; ofrece los primeros remedios, con los mejores consejos prácticos, con los cuidados imprescindibles que faciliten y ayuden a una terapéutica posterior dictada por el médico».

voces, el significado de los términos técnicos, para que fuese «[…] un consejero en orden a vigilar mejor la propia salud, de modo que, en caso de enfermedad, no solo manifiesta, sino solapada, *se pueda acudir a la consulta del médico en época tempestiva y oportuna* […]» (Zainqui, 1971: 5).[38]

Las enciclopedias, por tanto, trataban de ofrecer información para que el lector acudiese al médico cuando era preciso, en el momento adecuado y pudiese dialogar con él. Pedro Laín Entralgo (1908-2001), desde su atalaya de historiador de la medicina, lo expresa con gran claridad en su prólogo a *El gran libro de la salud* (1970), un grueso volumen de casi 1000 páginas:

> Entre las muchas lecciones permanentes que debemos a los médicos hipocráticos, una hay especialmente actual: que el hombre culto debe saber algo de medicina, en primer término porque así lo exige su condición de tal «hombre culto», y en segundo porque ese saber le conduce a ser, llegado el caso, «mejor enfermo». Quien sin alarde de erudito a la violeta sabe un poco de medicina puede curarse por sí mismo dolencias que no requieren la formal intervención del galeno -quede el tiempo de éste para quienes de veras le necesiten- y es capaz, por otra parte, de ayudar más eficazmente al médico a conocer y tratar la enfermedad, cuando la asistencia técnica sea de veras necesaria. ¿No es esta, me pregunto, la clave del feliz éxito mundial de libro que ahora tiene el lector entre sus manos? (Laín, 1970).

En la *Enciclopedia médica del hogar*, dirigida por Venzmer, se dedica un apartado a explicar el comportamiento correcto de enfermo y familiares en la visita del médico (Venzmer, 1967: 524-526). Aparece aquí, como no podía ser de otra manera, un sesgo de género, común a todos la textos considerados: la omnipresencia de la mujer como cuidadora. En este caso es la enfermera la que encarna el rol, tan diferente al del médico:

> Las enfermeras tienen un trabajo difícil, pesado, complejo y lleno de responsabilidad. Debemos ver en ella la persona que ayuda al enfermo, en la que se debe confiar y a la que debe estar agradecido. Debemos pensar y comprender que ella da su protección y cuidados al enfermo, con amor y cariño, y no por el dinero que recibe a final de mes y, por consiguiente, también nosotros debemos dedicarle a ella algunas palabras cariñosas de agradecimiento (Venzmer, 1967: 526).

38 El énfasis es mío.

El precio de estas obras, elevado, parece indicar que su influencia solo podía llegar a estamentos acomodados de la sociedad. El *Diccionario Médico Labor*, costaba 720 pesetas, en 1962, el equivalente al sueldo de 12,5 días. En 1972, *Nuestra Salud*, de Saponaro, tenía un precio de 2200 pesetas, el equivalente al sueldo de 14 días.[39] Son, no obstante, un grupo numeroso, lo que puede indicar que fueron ganando popularidad al socaire de los aumentos salariales que se produjeron tras la liberalización de la economía, a inicios de los años sesenta. El escenario asistencial también estaba cambiando, el SOE, puesto en marcha efectivamente en 1944, fue sustituido por la Seguridad Social en 1967, tras varios años de discusión de la *Ley de Bases de la Seguridad Social* (1963). La cobertura sanitaria aumentó y se extendió más allá del ámbito urbano (Pons, Vilar, 2014: 201-289). Para ciertos segmentos de la población, cada vez más amplios, no se trataba tanto de suplir la falta de médico como de enfrentarse a nuevas preocupaciones en torno a su propia salud, tal y como señalaba la reseña sobre *El Gran libro de la Salud*, publicada en *ABC*[40]:

> La divulgación de los preceptos médicos y sanitarios ha adquirido en los últimos decenios extraordinaria popularidad. Aunque las condiciones de vida de nuestra época son infinitamente más cómodas que las de nuestros antepasados, los problemas que se suscitan a la hora de proteger nuestra salud están aun muy lejos de resolverse de manera definitiva. La civilización aporta inmensas mejoras y beneficios, pero provoca influjos y tentaciones extremadamente nocivos para la salud del hombre.[…].[41]

La importante presencia de la enciclopedias en los repositorios consultados más que a su popularidad puede deberse a que, por sus características, fueron más susceptibles de ser adquiridas por bibliotecas, o depositadas en ellas, como obras de consulta, en detrimento de obras más efímeras, como los pequeños volúmenes de las *Enciclopedia de la Salud* de Bruguera o Pastor.

39 Con frecuencia este tipo de obras, por su precio, podían adquirirse a plazos, con un ligero aumento de su costo.

40 *ABC*, 13 de julio de 1970: 71.

41 Afirmaba, además: «Este tipo de libros, sin embargo, lleva implícito un riesgo: el de suscitar imaginarias afecciones en personas aprensivas. "El Gran Libro de la Salud" previene contra este peligro. No pretende facultar para el ejercicio de la medicina, sino ayudar a comprender al médico y a dialogar con él; conseguir, en definitiva, que el lector inteligente se comporte como un enfermo inteligente»

La medicina doméstica

Para acercarse a la posible influencia de las obras de popularización médica en la educación sanitaria y la medicalización de la sociedad española durante el franquismo las que más interesan son las que pueden considerarse de «medicina doméstica». Hogar, familia, son las palabras habitualmente usadas en sus títulos. Son 12, un 44,4% de las estudiadas. En ellas se delimita el campo de lo que se considera que el profano puede y debe hacer por su salud en el ámbito doméstico. Inciden en el terreno más estructural del pluralismo asistencial, el del autocuidado, desarrollado en el entorno más cercano a la persona, en el que, además, se gestiona la utilización de otras posibilidades asistenciales.[42] Estas obras ofrecen, con variaciones, explicaciones sobre el funcionamiento del cuerpo humano, las enfermedades, el modo de detectarlas y, en algunos casos, consejos para prevenirlas y llevar una vida sana, así como remedios para enfrentarse a las enfermedades. Se trata, como en las enciclopedias, pero de modo más simplificado y práctico, de ayudar a comprender el cuerpo humano, la salud y la enfermedad «[…] para una orientación y unos mínimos conocimientos, necesarios actualmente antes de la llegada del doctor, a fin de facilitar la labor del mismo […]» (Editor [El], 1960: 7). En algunos casos los «mínimos conocimientos» no son tales y las explicaciones que se ofrecen son tan complejas como las de las enciclopedias. En algunos textos el esfuerzo por utilizar un lenguaje más asequible está más logrado:

> […] la *lengua sucia* (o sea recubierta de una pátina blanquecina), el *mal sabor de boca* (expresión común con la que generalmente se indica una alteración de la sensibilidad del gusto) y el *mal aliento* (advertido sobre todo por los que están cerca del paciente) son los tres signos característicos de las personas que padecen de digestión difícil y laboriosa (llamada por los médicos *dispepsia*) […] (Saponaro, 1972a: 218-219).[43]

Junto a la insistencia en ajustar la relación con el médico al conocimiento del modo de actuar de los profesionales es frecuente la descalificación del saber popular, tan arraigada en la literatura de popularización médica (Perdiguero, Bernabeu, 1997), aunque no siempre. Fournier

42 Sobre el autocuidado véase Haro (2000). Sobre el pluralismo asistencial véase Perdiguero (2006, 2008).

43 El énfasis en el original.

en su *¿Qué hacer mientras llega el médico?* (1971), escrito en un estilo especialmente desenfadado, a partir de situaciones frecuentes en la cotidianeidad, aconseja remedios domésticos, como ocurre en el caso de la cefalea simple: «El método español. Ponga hojas frescas de limonero en la frente del paciente. Coloque encima un pañuelo que ceñirá muy apretado alrededor de la cabeza» (Fournier, 1971: 90). Algo similar ocurre en el caso del texto de Vachet (1969), *El médico en su hogar.* Escrito en forma de preguntas y respuestas aprecia el conocimiento de los remedios caseros. Los sanadores populares son también desacreditados en varios de los textos consultados. Tampoco se libra de la descalificación la automedicación.

La prevención de la enfermedad no siempre está presente. En los casos en los que aparece el elemento más repetido es el relacionado con la alimentación. De hecho, a pesar de lo que se enuncia en los propósitos de la mayoría de textos se dedican mucho más a la enfermedad que a la salud.

Algunos libros incluyen, sin pretender sustituir al médico, indicaciones sobre cómo tratar las enfermedades, tal y como justifica Adolfo Mur (1955a) en el *El médico del hogar. Lo que debe y lo que no debe hacerse mientras llega el doctor*, un sencillo librito de similares características al ya citado del mismo autor:

> No siempre cualquier calmante o simplemente una purga o una infusión de ciertas plantas medicinales pueden ser convenientes.
>
> […] y es precisamente por este motivo que principalmente dedicamos este volumen a la utilización de ciertas plantas medicinales y otros incontables elementos que generalmente se encuentran en todas las casas y que por lo tanto pueden prestarnos un gran servicio en un momento de apuro y también a los síntomas de ciertas enfermedades para que de esta forma podamos obrar en consecuencia según los casos.
>
> Del conocimiento de estos pequeños detalles a que hemos aludido y de la forma concreta de utilizar ciertos elementos, puede depender en muchos casos nuestra propia existencia, cosa que no creemos que a nadie deje de interesar (Mur, 1955a: 7).[44]

Lo ofrecido es, en ocasiones, tan tradicional, como el uso de ventosas o sanguijuelas (Mur, 1955a: 100-104). En otros casos, se evidencia el inicio de la medicamentalización[45] de la sociedad, como cuando se recomienda «cafiaspirina» frente a la jaqueca (Mur, 1955a: 38) o «[…] los

44 Se respeta la puntuación del original.

45 Sobre este concepto véase Williams, Gabe, Davis (2008) y Faraone *et alii* (2009).

medicamentos más tradicionales que se encuentran en el comercio, tanto en forma de comprimidos como de supositorios, generalmente a base de ácido acetilsalicílico […]» (Natangelo, 1967: 165), para los dolores reumáticos esporádicos, sin fiebre.

En otro casos, las propuestas fueron más elaboradas. Así, en *El consejero médico del hogar*, además de ofrecer una relación de remedios «[que] usados con mucha frecuencia pueden prepararse convenientemente en el hogar, sin mayores gastos» (Swartout, 1955: 30), hay, para cada enfermedad un apartado sobre «Qué debe hacerse», que precede a la descripción del padecimiento. Por ejemplo en el caso de la «Tiña del cuerpo»:

> 1. Aplíquese ungüento de óxido amarillo de mercurio al 5 % a las áreas afectadas, dos veces por día durante una semana. Después aplíquese vaselina en poca cantidad dos veces por día, hasta que sane la infección.
>
> 2. Puede emplearse tintura de yodo al 3 % en vez de ungüento de óxido amarillo de mercurio, pero no deben usarse ambos al mismo tiempo (Swartout, 1955b: 89).

Otra característica de los textos de medicina doméstica es la alabanza al progreso de la medicina,[46] incluida la tecnología médica. Así, son frecuentes las afirmaciones sobre lo indispensable de la radiología, preludiando la preponderancia del diagnóstico por imagen actual. Es fácil suponer que estas obras influyesen en la insatisfacción de los pacientes si no mediaba una «placa» antes de etiquetar a un enfermo. No queda ahí el gusto por los avances de la medicina, signo de medicalización:

> Mi hija que tiene dieciocho años, dice que tiene una nariz muy fea y quiere modificársela ¿Debe hacerlo?
>
> ¿Por qué no? La cirugía estética está en su gran momento y gracias a ella se modelan rostros nuevos, sin peligro alguno y sin perjudicar al tipo general del individuo […]. Una vez corregido a su gusto el objeto de su obsesión, se tornan alegres, sonrientes, serenas. Lo mismo puede decirse de las orejas

46 «Los hechos médicos expuestos en este volumen han sido extraídos de un cúmulo de descubrimientos y de las experiencias de millares de médicos y cirujanos, investigadores de laboratorio y hombres de ciencia que se han propuesto dominar la enfermedad, salvar vidas humanas y retrasar la hora de la muerte. Lo mejor del conocimiento conquistado mediante sus penosos trabajos se ofrece en estas páginas al público para ayudarle a saber qué hacer y cómo vivir» (Editores [Los], 1966: 11).

separadas, la boca torcida, en una palabra todo lo que afecta a la belleza y el encanto […] (Vachet, 1969: 48).[47]

El precio de las obras dedicadas a la medicina doméstica estaba entre las de los libros de primeros auxilios y las enciclopedias. Por ejemplo, la de Natangelo (1967), *El médico en vuestro hogar*, costaba 250 pesetas, equivalente al salario de 2,6 días en la fecha de publicación.

Conclusiones (provisionales)

Este primer acercamiento a las obras de popularización médica publicadas durante el franquismo indica que las obras de medicina doméstica dedicadas a las familias no pretendían sustituir al médico, ni dar consejos sobre cómo actuar frente a la enfermedad sin el concurso de los profesionales. El objetivo fundamental era determinar el comportamiento de la población en la relación médico-paciente, para que fuese el deseado por los profesionales. Para ello era preciso que la población entendiese mejor su propio organismo y las enfermedades que podían perturbar su salud. Se trataba de aumentar la «cultura sanitaria», una expresión todavía en uso que pretende homogeneizar las ideas de la población sobre la salud y la enfermedad, descontextualizándolas y acompasándolas a las concepciones médicas. En este sentido, no se diferencian mucho de lo que se pretendía con las de medicina doméstica de la Ilustración, salvadas las enormes diferencias de acceso al médico. A éste, había que acudir en el momento apropiado y para las cuestiones precisas, dejando lo trivial en manos del ámbito doméstico. Pero ¿cómo diferenciar lo trivial de lo grave? Era el objetivo de los textos analizados, lo que suponía abordar las dificultades de la terminología médica. El resultado obtenido es desigual. Algunos, al intentar ofrecer explicaciones muy completas, oscurecen las descripciones, algo especialmente acusado en el caso de las enciclopedias. En otros casos sí se adoptó un lenguaje menos formal que logró explicar sin complicaciones anatomía, fisiología y patología y, por tanto, hacer más asequible el fin buscado.

Una de las características de la mayoría de los textos analizados, ser traducciones de obras escritas en Alemania, Francia, Italia, Norteamérica o Suiza, desvirtúa el «hasta que el médico llegue», que preconizan la ma-

47 No hace falta insistir más en el claro componente de género.

yoría de ellos. Cuando se propone un remedio no hay ninguna indicación de si su uso era preciso por la dificultad de procurarse cuidados profesionales, o porque estos no eran necesarios, pues no se alude, lógicamente, a la circunstancias de la asistencia sanitaria en la España de la época. No obstante las recomendaciones terapéuticas precisas no son muy frecuentes. Las más descontextualizadas se encuentran en las obras de Swartout, escritas en los años 40, aunque al tratarse de literatura adventista de colportaje gozaron de gran longevidad. La falta de delimitación de lo profesional dificulta conocer con detalle qué se dejaba a lo doméstico.

La prevención de la enfermedad aparece, sobre todo, en el ámbito de la dieta. Muchas veces, sin embargo, lo que se aconseja son conductas para evitar empeoramientos o recaídas, cuando la enfermedad ya ha aparecido. No parece que las obras de popularización médica favoreciesen especialmente evitar las enfermedades mediante la educación sanitaria.

Tras este primer cartografiado del tema se hace preciso profundizar en el estudio de las obras y salvar algunas dificultades heurísticas ya apuntadas. Además, se abren una serie de vías para la investigación futura. Así, el papel del naturismo requiere un estudio más detallado. No se trata solo de las obras del Dr. Vander o de las publicadas por la editorial Pastor. Es preciso ligar este fenómeno con la pujanza de las publicaciones naturistas anteriores a la Guerra Civil, muchas de ellas relacionadas con el anarquismo. También se requiere explorar sus conexiones con el vegetarianismo adventista. Así mismo, sería de interés poner en relación los cambios en los patrones de mortalidad y la evolución de los consejos ofertados, aunque la condición de obras traducidas puede dificultar este empeño. Es recomendable, además, extender el periodo de análisis a la transición democrática pues lo que se atisba en el primer lustro de los 70 parece indicar que se estaba desarrollando una nueva cultura de la salud, en la que la enfermedad perdía su papel central. Además, aparecieron nuevas preocupaciones, como las enfermedades crónicas y todo lo relacionado con la sexualidad.

Fuentes[48]

Aguilar Caballero, Isidro; Gálvez García, Herminia (1957). *La madre y el niño*. Madrid: Safeliz.

Beach, Raimundo (1953). *El hogar feliz*. Madrid: Salud y Felicidad.

Boué, Wifredo (1918). *Estrella del hogar; 2000 magníficas recetas vegetales, etc., etc. El manual más práctico de plantas curativas*. Barcelona: J. Moll.

Boué, Wifredo (1922). *El medico del hogar: tratado popular de plantas medicinales*. Barcelona: Sintes.

Boué, Wifredo (1989). *El médico del hogar: tratado popular de plantas medicinales*. 18ª ed. Barcelona: Sintes.

Boué, Wifredo (2008). *El médico del hogar: tratado popular de plantas medicinales*. México, D.F.: Berbera.

Editor [El] (1960). «Prólogo». En: Bierge Cerón, Josep. *Esperando al médico (Orientación médica para el hogar)*. Barcelona: Ramón Sopena, 7-8.

Editor [El] (1961). «Prólogo del editor». En: Mommsen, Heinrich. *Diccionario médico labor para la familia*. Barcelona: Labor.

Editores [Los] (1966). «Prólogo». En: Swartout, Huberto O. *El nuevo consejero médico.* 8ª ed. Madrid: Editorial Safeliz.

Editores [Los] (1975). «Presentación». En: *Enciclopedia Médica Básica*. Barcelona: Nauta.

Kirch, Karl M. (1989). *Insomnio: tratamiento natural*. Barcelona: Integral.

Lain Entralgo, Pedro (1970). «Prólogo». En: Lucas, Heinrich (dir.), *El gran libro de la salud. Enciclopedia médica de Selecciones del Reader's Digest*. Madrid: Selecciones del Reader's Digest Iberia.

Rossiter, Federico M. (1915). *Guía práctica de la salud*. Barcelona: Sociedad Internacional de Tratados y Libros.

Reinhard, Félix (1929a). *Heilkinde für Alle*. Freiburg: Herder.

Reinhard, Félix (1929b). *Consejero médico del hogar*. Barcelona: Gustavo Gili.

Reinhard, Félix (1955). *Enciclopedia de la Salud*. Barcelona: Gustavo Gili.

Swartout, Hubert O. (1935). «Measles, Scarlet Fever and Whooping Cough in the Los Angeles County Health Department Area-A Ten Year Study». *Am J Public Health Nations Health*, 25(8): 907-12.

48 Se consignan aquí, tan solo, las que no constan en el Anexo.

Swartout, Hubert O. (1944). «Wartime Problems of a County Health Officer». *Am J Public Health Nations Health*, 34(4): 379-82.

Swartout, Hubert O.; Harvey, C.O. (1942). «Rabies epidemiology and control in Los Angeles County». *Cal West Med.*, 57(4): 232-81.

Vachet, Pierre (1962). *Les maladies de la vie moderne*. Paris: Hachette.

Vachet, Pierre (1966). *Las enfermedades de la vida moderna*. Barcelona: Labor.

Vander, Adrianus (1957). *Guía Médica del Hogar.* Barcelona: Sintes, 3 vols.

Valtueña, José A. (1950). *El secreto de la salud*. Madrid: Abenia.

Zainqui, José M. (1971). «Prólogo». En Gallico, Eduardo. *Enciclopedia médica para la familia*. Barcelona: Editorial de Vecchi, 5-6.

Bibliografía

Ackerknecht, Erwin H. (1967). «A Plea for a "Behaviorist" Approach in Writing the History of Medicine». *J Hist Med Allied Sci.*, 22(3): 211-4.

Ackerknecht, Erwin H. (1971). *Medicine and Ethnology: Selected Essays*. Bern: Hans Huber.

Artetxe, Alejandro (2000). *Historia de la medicina naturista española*. Madrid: Triacastela.

Candel, Francisco (1968). *Ser obrero no es ninguna ganga*. Barcelona: Ariel.

Comelles, Josep M; Perdiguero-Gil, Enrique (2014). «El folklore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina». En: Uribe Oyarbide, José M.; Perdiguero-Gil, Enrique (eds.) *Antropología médica en la Europa meridional. 30 años de debate sobre el pluralismo asistencila,* Tarragona: Publicaciones URV, 11-52. [Consultada el 17/03/2016]

Cooter, Roger; Pumfrey, Stephen (1994). «Separate spheres and public places: Reflections on the history of science popularization and science in popular culture», *History of Science*, 32 (97): 237-267.

Faraone, Silvia; Barcala, Alejandra; Bianchi, Eugenia; Torricelli, Flavia (2009). «La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentalización en la infancia». *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 59. [Consultada el 17/03/ 2016].

Fernández de Mendiola, Francisco (2007). *Isaac Puente. El médico anarquista*. Tafalla: Txalaparta.

Fisher, Leslie; Brown, Therodore, M. (2004). «Donald B. Armstrong and W. Graham Cole. Early Injury Contros Advocates». *Am J Public Health*, 94(6): 941. [Consultado el 17/03/2016].

Gutiérrez Portugal, Cristina; Martínez Amorós, Èrika; Medina Mallén, Mª Carmen (2004). «Introducció al coneixement de l'obra d'Adrian Van der Put (1892-1974), en el camp de la medicina Naturista a Catalunya». *Gimbernat*, 42: 273-292. [Consultado el 17/03/2016].

Haro Encinas, Jesús Armando (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En: Perdiguero-Gil, Enrique; Comelles, Josep M. *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra, 101-162.

López Gutiérrez, José (1990). *Historia de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en España*. Tesis Doctoral. Valencia: Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Valencia, 2 vols.

Maluquer de Motes, Jordi; Llonch, Montserrat (2005). «Trabajo y relaciones laborales». En: Carreras, Albert; Tafunell, Xavier, *Estadísticas históricas de España: siglos xix-xx*. 2ª ed. Bilbao: Fundación BBVA; Vol. III, 1155-1246.

Martí Boscá, José V.; Rey, Antonio (eds.) (2004). *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibañez: Medicina, Historia e Ideología*, Valencia: Generalitat Valenciana.

Martí Boscá, José Vicente (2007). «Estudios: educación sexual, arte, ciencia, cultura general». En *Estudios. Revista ecléctica* (edición en DVD). Valencia. Facsímil Ediciones Digitales. [Consultada el 15 de marzo de 2015].

Nieto-Galán, Agustí (2011). *Los públicos de la ciencia*. Madrid: Marcial Pons.

Numbers, Ronald L. (2003). «Sex, Science, and Salvation: The Sexual Advice of Ellen G. White and John Harvey Kellogg». En: Rosenberg, Charles E. (ed.) *Right Living: An Anglo-American Tradition of Self-Help Medicina and Hygiene*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Universiy Press, 206-226.

Numbers, Ronald L. (2008). *Prophetess of Health: a Study of Ellen G. White*. Grand Rapids, MI: Eerdmans.

Numbers, Ronald L.; Schoepflin, Rennie B.(1984). «Ministries of Healing: Mary Baker Eddy, Ellen G. White, and the Religion of

Health». En: Leavitt, Judith Walzer (ed.) *Women and Health in America*. Madison: University of Wisconsin Press, 376-389.

Papanelopoulou, Faidra; Nieto-Galán, Agustí; Perdiguero-Gil, Enrique, (eds.) (2009) *Popularizing Science and Technology in the European Periphery, 1800-2000*. Farnham (England, UK), Ashgate.

Perdiguero-Gil, Enrique (1991). *Los tratados de Medicina Doméstica en la España de la Ilustración*. Alicante: Ediciones microfotográficas de la Universidad de Alicante.

Perdiguero-Gil, Enrique (1992). «Popularizing Medicine during the Spanish Enlightenment». En: Porter, Roy (ed.), *The Popularization of Medicine, 1650-1850*. London and New York: Routledge, 160-193.

Perdiguero-Gil, Enrique (2003). «Popularizando la ciencia: el caso de la medicina doméstica en la España de la Ilustración». En: Barona, Josep Lluís; Moscoso, Javier; Pimentel, Juan, (eds.) *La Ilustración y las Ciencias. Para una historia de la objetividad*. València, Universitat de València, 179-188.

Perdiguero-Gil, Enrique (2006). «Una reflexión sobre el pluralismo médico». En: Fernández Juárez, Gerardo (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito. Cuenca: Abya-Yala. Universidad de Castilla-La Mancha, 33-49.

Perdiguero-Gil, Enrique (2008). «Sobre el pluralismo asistencial». En: Bernal. Mariola; Comelles, Josep M; Martorell, Maria Antònia (eds.) *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria, 113-137.

Perdiguero-Gil, Enrique (2015) «La "educación sanitaria" en el ideario médicosocial del franquismo a través de la revista SER». En: Perdiguero-Gil, Enrique (ed.) *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche (Alicante): Editorial de la Universidad Miguel Hernández de Elche, eBook, Capítulo 8.[Consultada el 17/03/2016].

Perdiguero-Gil, Enrique; Ballester Añón, Rosa (1993). «La popularización de la medicina en España durante el siglo xix». En Hormigón, Mariano; Ausejo, Elena y d'Hombres, Jean (eds.) *xixth International Congress of History of Science, 22-29 August 1993. Book of Abstracts- Scientific Sections*. Zaragoza: IUHPS-DHS, S6-9.

Perdiguero-Gil, Enrique; Bernabeu-Mestre, Josep (1997). «"Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana". El papel otorgado a la

población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración». En: Montiel, Luis; Porras, María Isabel (eds.) *De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*. Madrid: Doce Calles, 55-66.

Perdiguero-Gil, Enrique; Comelles, Josep M. (2014). «Medicina popular, compromiso profesional y educación para la salud en España». *Scripta ethnologica*, 36: 7-41. [Consultado el 17/03/2016].

Perdiguero-gil, Enrique; Pardo-Tomás, José; Martínez-Vidal, Àlvar (2009). «Physicians as a Public for the Popularization of Medicine in Interwar Catalonia: the Monografies Mèdiques series». En: Papanelopoulou, Faidra; Nieto-Galán, Agustí; Perdiguero-Gil, Enrique, eds. *Popularizing Science and Technology in the European Periphery, 1800-2000*. Farnham (England, UK), Ashgate, 195-215.

Pons Pons, Jerònia; Vilar Rodríguez, Margarita (2015). *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Porter, Roy (1985a). «The Patient's View: Doing Medical History from Below». *Theory and Society*, 14(2): 175-198.

Porter, Roy (ed.) (1985b). *Patients and Practitioners: Lay Perceptions of Medicine in Pre-Industrial Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

Porter, Roy (ed.) (1992).*The Popularization of Medicine, 1650-1850*. London & New York: Routledge.

Rosenberg, Charles E. (1983). «Medical text and social context: Explaining William Buchan's domestic medicine». *Bull Hist Med*, 57(1): 22-42.

Secord, James A. (2004). «Knowledge in transit». *Isis*, 95(4): 654-672.

Susser, Mervyn; Stein, Zena (2005). «Comentary: Donald Budd Armstrong (1886-1968)-pioneering tuberculosis prevention in general practice. *Int J Epidemiology*, 34: 1191-3. [Consultado el 17/03/2016].

Tabernero-Holgado, Carlos; Jiménez-Lucena, Isabel; Molero-Mesa, Jorge (2013). «Movimiento libertario y autogestión del conocimiento en la España del primer tercio del siglo xx: la sección "Preguntas y respuestas" (1930-1937) de la revista "Estudios"». *Dynamis*, 33(1): 43-67. [Consultado el 17 de marzo de 2016].

Terrón, Aida; Comelles, Josep M.; Perdiguero-Gil, Enrique (2016). «Schools and Health Education in Spain during the Dictatorship of

General Franco (1939-1975)». *History of Education Review*, 46(2) (en prensa).

Valls Estebanell, Jonathan (2003). *Compartiendo la esperanza. Cien años de adventismo en España*. Colmenar Viejo, Madrid: Safeliz.

Valtueña, José Antonio (1976). *Contra la medicina del médico.* Barcelona: Barral.

Valtueña, José Antonio (2003). «De la intolerancia a la libertad». *Aula 7*: 58-61. Disponible en: [Consultada el 15/03/2016]

Von Debschitz, Uta; Von Debschitz, Thilo (2013). *Fritz Khan*. Köln: Taschen.

Wheatley, George M. (1968). «Donald B. Armstrong, M.D.-1886-1968». *Am J Public Health Nations Health*, 58(11): 2007–9.

Williams, Simon J.; Gabe, Jonathan; Davis, Peter (2008). «The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects». *Sociology of Health & Illness*, 30(6): 813-824.

Anexo. Obras de popularización médica (1939-1975)

Por orden alfabético de autores

Autor[1]	*Año*[2]	*Título*	*Título y año de la edición original*[3]	*Ciudad*	*Editorial*	*Nº de páginas o volúmenes*	*Responsable edición en castellano*[4]	*Tipo*	*Precio en pesetas*
Armstrong, Donald B.; Hallock, Grace T.	1956	*Mientras el médico llega. Guía de primeros auxilios en caso de enfermedad o accidente*	*What to Do Till the Doctor Comes* (1943)	Barcelona	Daimon	264	Traducción de E. Mascaró Porcar	Primeros auxilios	75 120[5]
Barnat, Jaume[6]	1975	*Enciclopedia médica básica*	Se indica que proviene de una obra publicada en Lausanne por Elsevier	Barcelona	Nauta	416	Traducción y adaptación: Equipo Nauta	Enciclopedia Médica	
Bierge Cerón, Josep	1960	*Esperando al médico (Orientación médica para el hogar)*[7]		Barcelona	Ramón Sopena	704		Medicina Doméstica	
Fernández-Cruz Liñan, Arturo (dir.)	1970	*El libro de la salud* [8]		Barcelona	Danae	717		Enciclopedia Médica	750
Fournier, Pierre	1971	*¿Qué hacer mientras llega el médico? : una mina de consejos que debe tenerse a mano en todo momento y en todas partes*	*Que faire en attendant le docteur ?* (1970)	Barcelona	Luis de Caralt	243	Versión española de Maria Victoria Lentini	Medicina Doméstica	175

Gallico, Eduardo[9]	1971	*Enciclopedia médica para la familia*	*Enciclopedia medica per famiglie* (1961)	Barcelona	De Vecchi	581	Edición española revisada y adaptada por el Dr. Gregorio Carretero	Enciclopedia Médica	
Gillum, Glover N.; Gillum, Lulu W.	1952	*Enciclopedia médica familiar*	*Family home medical guide* (1944)	Barcelona	Argos	757	Versión española por el Doctor M. Domínguez Recio. Jefe clínico de la Beneficencia Municipal de Madrid	Enciclopedia Médica	
Goust, François	1958	*Tu cuerpo y tu salud*	*La medecine pour tous* (1954)	Barcelona	Daimon	714	Traducción Ernesto Moscardó. Revisión y adaptación Dr. José Luis Portillo García	Enciclopedia Médica	300
Kirch, Karl M.	1967	*El médico en casa*	*Das Ärztebuch für Jedermann*[10]	Madrid	Mediterráneo	358	Traducción de José María Díaz Castro	Medicina Doméstica	
Lucas, Heinrich (dir.)	1970	*El gran libro de la salud. Enciclopedia médica de Selecciones del Reader's Digest*	*Das große Reader's Digest Gesundheitsbuch* (1968)	Madrid	Selecciones del Reader's Digest Iberia	959	La edición española ha sido redactada por el Dr. José Otte con la colaboración de…	Enciclopedia Médica	

Martínez, R.	1949	*Mientras llega el médico. Primeros socorros a los accidentados*		Valencia	Pastor	91		Primeros auxilios	
Mommsen, Helmut (dir.)	1962	*Diccionario médico labor para la familia*	*Der Gesundheits Brockhaus*[11]	Barcelona	Labor	815	Traducción española por el Prof. Dr. Santiago Vilahur Pedrals. Miembro de la Real Academia de Medicina de Barcelona. Inspector Provincial de Socorrismo de la Cruz Roja Española	Enciclopedia Médica	720
Mur, Adolfo	1955a	*El médico del hogar. Lo que debe y lo que no debe hacerse mientras llega el doctor*		Barcelona	Bruguera	119		Medicina Doméstica	
Mur, Adolfo	1955b	*Primeros auxilios. Lo que debe hacerse en caso de accidente mientras llega el médico*		Barcelona	Bruguera	121		Primeros auxilios	
Natangelo, Roberto	1967	*El médico en vuestro hogar*	*Il medico in casa vostra* (1963)	Barcelona	De Vecchi	477	¿?	Medicina Doméstica	250[12]
Odescalchi, Cajo Plinio	1969	*Guía práctica de primeros auxilios en el hogar*	*Pronto soccorso in casa* (1967)	Barcelona	El Mueble	156	Traducido por María Luisa Martínez Adán	Primeros auxilios	

Pacheco, José	1963	*Enciclopedia Médica Familiar*[13]		Barcelona	Gassó Hermanos	407		Enciclopedia Médica	122[14]
Pollak, Kurt	1959	*El médico en casa. Consejero médico para sanos y enfermos*	*Mein Hausarzt. Ein medizinischer retgeber für gesunde und kranke* (1955)	Barcelona	Jano	564	Traducción del doctor R. Quintana de Tortosa	Medicina Doméstica	420
Saponaro, Aldo	1968	*Los primeros auxilios*	*Pronto soccorso*[15]	Barcelona	De Vecchi	156	¿?	Primeros auxilios	75[16]
Saponaro, Aldo	1972a	*El médico a su alcance. Guía médica para la familia*	*Il vostro medico - Prontuario medico per le famiglie* (1971)	Barcelona	De Vecchi	533	¿?	Medicina Doméstica	
Saponaro, Aldo	1972b	*Nuestra salud. La gran enciclopedia médica de la familia*[17]	*La vostra salute: Grande enciclopedia medica per famiglie* (1969)	Barcelona	De Vecchi	2 vols.	Edición española revisada por el Dr. Gregorio Carretero Álvarez	Enciclopedia Médica	2200
Swartout, Huberto O.	1952	*Accidentes! Que debe hacerse*		Madrid	Salud y Felicidad[18]	98	Ampliamente revisado por J.A. Valtueña	Primeros auxilios	
Swartout, Huberto, (dir.)	1955a[19]	*El instructor médico del hogar*	Puede tratarse de la traducción de *Home Guide to Health* cuya 1ª edición data de 1938[20]	Madrid	Safeliz	229	Ampliamente revisada por el Dr. J. A. Valtueña. De la Cruz Roja Española	Medicina Domestica	

Swartout, Huberto O., (dir.)	1955b[21]	*El consejero médico del hogar*	Hay una edición en castellano: *El consejero médico del hogar* de 1938, de la que quizá pueda provenir[22]	Madrid	Safeliz	450	Ampliamente revisada por J. A. Valtueña	Médica Doméstica	
Swartout, Huberto O.	1966[23]	*El nuevo consejero médico*	*Modern medical counselor: a practical guide to health*[24]	Madrid	Safeliz	950		Medicina Doméstica	
Vachet, Pierre	1969	*El médico en su hogar. Como prevenir y curar las enfermedades más corrientes*	*Portez-vous bien* (1968)	Barcelona	El Mueble	169	Traducido por Marisa Martínez Ajaccio	Medicina Doméstica[25]	
Venzmer, Gerhard (dir.)	1967	*Enciclopedia médica del hogar* [26]	*Das neue grosse Gesunheitsbuch*[27]	Barcelona	Nauta	777	Traducción y adaptación, Prof. Dr. Antonio Núñez Cachaza y Dr. Balagué López	Enciclopedia Médica	

Notas de la tabla

1 Se consignan aquí los nombres completos de los autores, independientemente de cómo aparecen en las obras consideradas. Cuando la obra es escrita en colaboración se consigna (dir.), por director, por ser el responsable de la edición.

2 Se refiere al año de la edición consultada.

3 A partir de la información de catálogos internacionales. No hay seguridad de la atribución porque rara vez consta en las ediciones españolas.

4 Se consignan aquí los nombres de los responsables de las ediciones españolas tal y como aparecen en las obras consideradas.

5 Se refiere a la edición de 1963. El precio fue de 130 desde 1965. Los precios, tanto en esta obra como en la mayoría de las consideradas, se incrementaban si el pago se realizaba a plazos.

6 Su papel es «Dirección y supervisión general». Jaume Barnat aparece como el director de prácticamente todos los proyectos editoriales de la Editorial Nauta.

7 Hay una edición del mismo año y editorial con el título *Medicina para todos (Esperando al médico).*

8 Se publicó con posterioridad en dos volúmenes (1977) formando parte de los seis volúmenes de la «Enciclopedia familiar de la Salud». Los otros cuatro están dedicados a «La vida sexual» (2 vols. Juan José López Ibor, 1974) y a «La madre y el niño» (2 vols. Lore Szucht-Wild; F. Muñoz López, 1974)

9 Se trata del médico italiano Edoardo Gallico (1920-2103).

10 Hay ediciones de 1957, 1959, 1960 y 1963. No se especifica de la que proviene la versión española.

11 Hay ediciones de 1951, 1952 y 1961. No se especifica de la que proviene la versión española.

12 En 1970 ya cuesta 275 pts.

13 Hay una reedición con el título «El médico del hogar» publicada también por la Editorial Gassó Hermanos, con el mismo número de páginas, publicada en 1972, y cuyo precio fue de 231 ptas. En 1973 el precio era de 239 ptas.

14 El precio en 1972 era de 190 ptas. Se anunciaba como una oferta del precio real: 300 ptas.

15 Hay una 1ª edición (Milan, Vallardi, 1960). La 1ª de la Editorial de Vecchi (Milan) es de 1964. En 1970 hay otra edición con el título *Il medico a portata di mano: manuale completo di pronto soccorso*, también de la Editorial de Vecchi. No consta de cuál de ellas proviene la edición española.

16 En 1970 ya cuesta 90 pts.

17 En *La Vanguardia Española*, al menos entre el 9 y el 16 de mayo de 1971 se anuncia la obra de Aldo Saponaro, *Enciclopedia médica para la familia*. Sería pues anterior a las dos del mismo autor que manejamos. No se ha podido localizar. Se dice de ella que tiene «[…] Más de 2000 voces sobre enfermedades, síntomas, curación, anatomía, etc. 584 págs. 150 ilust. 12 lams. color. Reembolso 425 pesetas.»

18 Posteriormente Editorial Safeliz

19 Es la 2ª edición. Hay una 1ª edición de 1953 que no he podido consultar.

20 Publicada en Mountain View, Calif., Omaha, Neb. Pacific Press Publishing Association. Aunque también puede tratarse de la traducción de la obra *Guardian of Health* editada en 1940 por Mountain View, Calif.: Pacific Press, con ediciones en varios idiomas, entre ellas en castellano publicadas en Latinoamérica

21 Es la 3ª edición. Hay una 1ª edición de 1952 que no he podido consultar. De la edición de 1959 se dice que es la 5ª.

22 *El consejero médico del hogar*; *tratado popular de anatomía, fisiología e higiene, con una descripción científica, pero al alcance del lego, de las enfermedades, sus causas y su tratamiento* que aparece como publicada en Mountain View, Calif., Omaha, Neb. Pacific Press Publishing Association, 1938. Se publicó una edición con el mismo titulo en Buenos Aires, en 1941 (Editorial Suramericana).

23 Los datos de las sucesivas ediciones de esta obra son muy confusos en los catálogos nacionales. En el caso de la Biblioteca Nacional de España, la edición de 1959 aparece como 9ª y las ediciones de 1966 como 7ª y 8ª. La de 1961 consta como 2ª, por lo que me inclino a pensar que la 1ª edición fue la de 1959. En Valls (2003: 163) se indica que es de 1958). En REBIUN (Catalogo de la Red de Bibiolotecas de las universidades españolas) aparece una edición de 1968, la 9ª, que es la última de la que tengo constancia. En el Catálogo de las Bibliotecas Públicas Españolas los datos son todavía más confusos pues la edición de 1959 es considerada en ocasiones la 5ª, y en otras, la 9ª. Dado que no he podido consultar todos estos ejemplares no descarto que el error venga de las mismas obras que asignan un número de edición en función de la obra de procedencia.

24 Esta 1ª edición en inglés está publicada en Mountain View, Calif.: Pacific Press, 1943. Hay ediciones hasta 1959 traducidas a varios idiomas. No se dice si la edición en castellano proviene de esta 1ª edición.

25 Aunque está dispuesto en forma de diccionario se trata de una obra de menor entidad.

26 El mismo libro fue publicado por Círculo de Lectores, también en 1967.

27 Hay ediciones de esta obra anteriores a la versión española en 1965 y 1966.

LA EXPERIENCIA DE GRUP IGIA: ETNOGRAFÍA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD, COMUNICACIÓN (1984-2014)[1]

Oriol Romaní
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: GRUP IGIA era una entidad de investigación, promoción y acción en el campo de las drogas y la salud que operó desde Barcelona entre 1984 y 2014. El texto propone una reflexión sistemática sobre su trayectoria a partir del papel de los usos sociales de la etnografía como herramienta de investigación e intervención, contextualizándola en el «problema de la droga» en España, y destacando sus aportaciones innovadoras, tanto en el discurso como en las metodologías.

Palabras clave: drogas, etnografía, reducción de riesgos y daños, políticas de drogas.

The Grup Igia experience: Ethnography, Health Education, Comunication (1984-2014)

Abstract GRUP IGIA was an entity of research, intervention and advocacy in the field of drugs and health that operated from Barcelona between 1984 and 2014. The text proposes a systematic reflection on its trajectory throughout the role of the social uses of ethnography as research and intervention tool. This is contextualized contextualizing in the «drug problem» in Spain, and highlights their innovative contributions, both in discourse and methodologies.

Keywords: drugs, ethnography, risk and harm reduction, drug policy.

1 Quiero agradecer a Núria Magrí la lectura crítica que hizo de la primera redacción de este texto.

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 139–157. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

El «problema de la droga» en España

Podemos situar a finales del tardofranquismo el inicio de una serie de procesos —algunos de los cuales, como el consumo de ciertas drogas y el escándalo social en torno a él ya venían, por lo menos, desde los años treinta del siglo XX (Usó, 1996)— que confluirán en la construcción del llamado «problema de la droga» en la España de la Transición. Será durante los años ochenta de pasado siglo cuando dicho problema social se consolidará,[2] tanto por la adaptación de perspectivas foráneas —especialmente ciertos paradigmas teóricos y modelos de gestión (Edwards, Arif, 1981; Cancrini, 1982)—, como por desarrollos específicos, derivados de los procesos socioeconómicos y políticoculturales que durante la Transición (Gallego, 2008) supusieron el punto de partida de un cierto Estado del Bienestar-; así como de la posición geopolítica de España en relación al mercado internacional de drogas ilegales.

Según distintas fuentes,[3] la heroína empezó a circular por España hacia 1973. Al principio, como otras drogas, con cierta aureola contracultural. Hacia el final de la década, la forma en que se expandió, en el contexto de unos profundos cambios socioculturales y políticos, atrajo a su consumo a hijos de clases medias y trabajadoras con fuertes presiones sociales y malestares existenciales, y con una técnica de uso tan espectacular como la inyección, tuvo tal impacto que se convirtió en el paradigma de «la droga».

La novedad del tema, las dificultades de intervención en los centros asistenciales ya existentes, el hecho de que se estuviera hablando de «sustancias ilegales», que todavía se veían como completamente distintas a las «drogas legales» como alcohol y tabaco, así como otros factores de tipo sociopolítico, propiciaron un cierto rechazo a tratarlo en las instituciones sanitarias, que no lo veían como un tema de salud sino de delincuencia. Surgieron los primeros centros de atención para drogodependientes, que fueron el inicio de las redes específicas que se desarrollaron durante los años ochenta con un claro perfil profesional, aunque siempre oscilando entre servicios sociales, servicios sanitarios y de salud mental. Hubo una permanente discusión (casi siempre implícita) para definir los conceptos

2 Véase Romaní (1983); Comas (1988); Romaní (1995); Gamella (1997) y Romaní (1999).

3 Véase Gonzalez Duro (1979); Comas (1985); Funes y Romaní (1985); Usó (1996) y Malvido (2004).

que son pertinentes a este campo profesional —en general, definiciones de hecho, más que producto de planteamientos teóricos—, así como de las competencias de los distintos profesionales dentro de él (Romaní, 1995).

Tanto el desarrollo del Estado del Bienestar como el surgimiento de ciertos «problemas», como el que aquí analizamos, propiciaban el desarrollo de nuevas especialidades profesionales en el campo psicosocial, aunque también en la gestión y la organización públicas. En este contexto, una hornada de nuevos titulares buscó su lugar en una sociedad que, además, muchos de ellos aspiraban a transformar, cosa que les impulsó a buscar unas formas organizativas que fuesen más allá de los encuadramientos corporativos tradicionales, que ya no podían responder a la nueva situación. GRUP IGIA fue un producto específico de este proceso.[4]

Reflexionar sobre las drogas

Los debates internos en la primera etapa de IGIA se caracterizaban porque la mayoría de sus componentes partíamos de concepciones complejas de la salud, en la que se daba una importancia determinante a los factores socioculturales. Había una gran influencia de la psicología sistémica, así como de lo que entonces todavía llamábamos socioantropología de la salud.[5]

4 Entre los 31 miembros de IGIA en sus primeros 3 años, hubo 17 psicólogos, 9 médicos, y 1 de cada una de las siguientes profesiones: pedagogo, sociólogo, jurista, antropólogo, periodista. En realidad, el nucleo inicial sale en gran parte de ámbito municipal: Francesca Mata (pedagoga), Laura Fernandez, Imma Mayol (psicólogas) que formaban el equipo de prevención del Servei de Joventut de l'Ajuntament de Barcelona, a partir de sus contactos con Italia, proponen seguir un modelo de organización de profesionales ya existente allí, y forman la asociación junto con Santiago de Torres (médico, Hospital del Mar), Víctor Martí (psicólogo, Comunidad Terapéutica La Plana y Centro de Atención y Seguimiento -CAS- de Rubí) y Sergi Gonzalez (psicólogo, Serveis Penitenciaris). Inician sus actividades el curso 1983-84, aunque la presentación pública no será hasta octubre del 84, con una conferència del entonces Fiscal Anti-droga Jiménez Villarejo, en el bar modernista *Els 4 Gats*. Parece que la prensa caló enseguida de que iba la cosa porque habló de «IGIA, el Pepito Grillo de la administración».

5 Al principio, la sistémica, que nos llegaba a través de Italia (Cancrini), tuvo una gran presencia, que más adelante fue compartida por la antropología, y en especial por la antropología de la medicina. Aunque, teniendo en cuenta los orígenes de las corrientes sistémicas (psicología, antropología, comunicación y cibernética) no es de extrañar que compartiéramos referencias teóricas comunes, como Bateson y compañía.

A pesar de algún estudio previo sobre «drogas» en el país (Laporte, 1976; Gonzalez Duro, 1979) la primera obra específica sobre el tema realizada desde Catalunya y con una perspectiva global crítica fueron las tesis de licenciatura y de doctorado de Oriol Romaní[6] que aborda la cuestión desde un planteamiento transdisciplinar y construccionista: el discurso hegemónico sobre las drogas forma parte de su objeto de estudio y, por lo tanto, se consideran «drogas» tanto las ilegales como las legales; esta distinción está más relacionada con cuestiones de control social que no de salud, pues el «problema de la droga» es una construcción social; la cuestión de las drogas no es sólo un tema de sustancias, ni de individuos con ciertas características, si no sobre todo de las relaciones entre estos elementos (sustancias e individuos) en determinados contextos, etc. Aquí comienza un fecundo diálogo con Domingo Comas, como puede verse en su libro *El uso de drogas en la juventud* (1985), que potenciado con las aportaciones de las respectivas organizaciones (GRUP IGIA y GID, Grupo Interdisciplinar Drogas) parece que tendrá una cierta influencia en algunos aspectos de las políticas de drogas en España.

Por las razones antes expuestas, se empezó a crear una red específica de drogas, con una gran carga de planteamientos sociales, lo que facilitó dicha influencia en este campo, mucho más que en el de la salud en general. A pesar de que los debates a los que nos estamos refiriendo formaban parte del «ambiente» en el que se estaba gestando la Ley General de Sanidad del ministro Lluch (1986), tanto el discurso sociosanitario como el de la interdisciplinariedad continuaban sometidos a la hegemonía biomédica; entre otras cosas, por la influencia de las compañías farmacéuticas, bastantes de las cuales ya habían crecido al calor del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942-1967) y que a partir de la nueva *Ley de Bases de la Seguridad Social* (1967) fueron fusionándose o siendo adquiridas por las empresas multinacionales.

En ese periodo, en la Dirección General de Acción Social del primer gobierno socialista, se realizaron unas importantes sesiones de discusión, animadas por Mª Jesús Manovel y Pilar Alvarez, futuras directivas del Plan Nacional Sobre Drogas,[7] que nos convocaban a quienes debíamos de ser

6 Tesis de licenciatura, setiembre 1978: «Droga i consens social»; Tesis doctoral, setiembre 1982: *Droga i subcultura: una història cultural del hachís a Barcelona, 1960-1980*, Universitat de Barcelona.

7 PNSD, que iniciará su andadura en 1985.

los primeros «expertos» sobre el tema en nuestro país. En ellas discutíamos algunas investigaciones como, por ejemplo, las primeras encuestas sobre drogas (véase Navarro *et alii*, 1985). También de ciertas polémicas ahí planteadas surgieron otros estudios, como ocurrió con la polémica en torno la inserción/ reinserción de los heroinómanos (diciembre 1983), que dará lugar al libro *Dejar la Heroína* (Funes y Romaní, 1985). Lo que se plantea en esta investigación no tiene relación con el futuro «boom» del la infección por el VIH/SIDA que, sinceramente, en aquel momento no preveíamos, si no que se dirige contra la dogmatización de los «programas libres de drogas», ineficaces cuando se plantean como universales, y desde una «ética de la intervención» basada en la voluntariedad, respeto, pluralidad y complejidad distintas a la que empezaba a predominar entonces.

Los dos autores éramos miembros de IGIA por lo que, a través de nuestra investigación, se podía ver cual era la orientación de la asociación. Pero para poder entender mejor el final de este primer apartado, es decir, el lugar que la perspectiva antropológica y, más en concreto, la metodología etnográfica tendrá en todo ello, vamos a ver ahora la definición inicial de principios y objetivos de GRUP IGIA, que se definía como

> un conjunt de professionals interessats en el camp de les drogodependències i de la salut en general, convençuts que aquesta problemàtica no és un fenomen aïllat, sinó que apareix fortament vinculat a la dinàmica de la nostra societat.
>
> — El consum de drogues és un fenomen que canvia i evoluciona amb els diferents mecanismes socials. Per tant, s'ha de fer un apropament que sigui científic i a l'ensems flexible per tal que permeti donar en cada moment la resposta adient.
>
> — Nosaltres pensem que les drogodependències no existeixen només perquè existeixen tòxics. Les causes són moltes i diferents, la substància té un pes important, però no sempre el que més, ni l'únic.
>
> — Creiem que el consum de drogues és una expressió més d'un malestar social que es manifesta a nivell personal, familiar, grupal, laboral, cultural… Per tant, el seu abordatge ha de suposar una intervenció global que contempli els diferents factors causants i impliqui tan a especialistes com al conjunt de la població.

Se señalaban posteriormente como objetivos fundamentales:

> La creació d'un espai multidisciplinari i obert de debat i reflexió; el coneixement i anàlisi de les experiències d'altres països; la oferta d'assessorament i

> serveis a entitats o administracions; la formació dels diferents agents socials, sobretot cara a programes de prevenció; la realització d'estudis i recerques.[8]

No es de extrañar que en un grupo donde había tanto profesionales clínicos como sociales, con un predominio de las escuelas sistémicas, y con estos planteamientos explícitos, la perspectiva holística y relacional de la antropología y la metodología etnográfica —que permitían una sistematización tanto del acercamiento cualitativo a las realidades sobre las que se quería intervenir, como de las propias experiencias en el terreno—, tuvieran un gran atractivo. Permitían un abordaje coherente desde el punto de vista analítico y eficaz desde el punto de vista de la intervención, puesto que requería la implicación de las poblaciones con las que se trabajaba. Desde su fundación la perspectiva sociocultural y la metodología etnográfica fueron señas de identidad de GRUP IGIA.

1ª etapa, 1983-89. IGIA marca el rumbo: apostolado, militancia, profesionalización…

En el contexto mencionado en el punto anterior, con los esfuerzos de unas primeras respuestas institucionales organizadas en algunos ayuntamientos, comunidades autónomas y el PNSD, GRUP IGIA puso un fuerte acento en los programas de prevención mediante la intervención comunitaria y la formación en estos entornos, tendentes sobre todo a generar un discurso distinto sobre la prevención: no específico ni dogmático, sino más integral e integrador, con criterios de una cierta «normalización» del fenómeno.[9] Dicha formación iba acompañada de aspectos específicos

8 Documento mecanografiado. Por cierto, con este planteamiento no es de extrañar que, en el momento de pensar un nombre para el grupo, se escogiera éste, derivado de la diosa griega Higeia, ligada a una concepción socio-ecológica y holística de la salud, en contraposición a la concepción más «sanitarista», podríamos decir, de Esculapio.

9 *Projecte Jove*, IMAE, etc. del Ayuntamiento de Barcelona; programas en Vilafranca del Penedés, l'Atmella, El Vendrell, Sant Adrià, Castelldefels, Vic, Cerdanyola, Manresa, Caldes de Montbui, Olot, Gava, Cornellà…; a través de un programa del ICASS, Girona, Sabadell, Badalona, Sta. Coloma, Baix Llobregat… También para trabajadoras/es de Centros de Salud y Asistentes Sociales de Primaria del Plan Regional Drogas de la Comunidad de Madrid. Programas de radio, ciclos de cine y drogas (cooperativa Drac Màgic; diputaciones de Cádiz y Sevilla…).

cuando se daba en ciertas instituciones que los requerían[10], así como de actos de sensibilización para la población general: padres y madres, alumnos y claustros de profesores de institutos, etc. Asímismo se organizaron debates públicos con distintos y más o menos conocidos especialistas,[11] presentaciones de publicaciones propias[12] siempre en torno a propuestas innovadoras y que entonces parecían atrevidas pero que más tarde generaron consenso, como los programas de mantenimiento con metadona (PMM), el abordaje psicoterapéutico, la prevención inespecífica, el rol de la atención primaria social y sanitaria, la reducción de daños, la despenalización…

Todo esto implicaba un trabajo interno de la asociación, tanto en formación,[13] como en investigación. Eramos conscientes que, más allá de la experiencia profesional de cada uno, era importante un conocimiento sistemático de la realidad. Para ello, además del análisis de los datos ya publicados, era necesaria su revisión crítica, así como la producción de nuevos, a partir de metodologías cualitativas.[14] Los equipos de investigación estaban formados principalmente por miembros de IGIA, y siempre había

10 Escola de Policia Autònoma, Filmoteca de la Generalitat, Direcciones Generales de Juventud, de Servicios Penitenciarios, de Protección y Tutela de Menores, Gobierno Vasco…

11 Claude Olievenstein (Marmottan), Bardiaux (*Mission Ministerièlle de Lutte à la Toxicomanie* de Francia), Lluís San (Hospital del Mar), Director General de Educación y Comunicación Popular de la Salud de Nicaragua, Charles Nicolas (Paris), Valentín Barenblit (La supervisión clínica)…

12 *Dejar la Heroína* (enero 86), *Repensar las drogas* (octubre del 89), *Trabajar juntos, pero*… (noviembre 89).

13 Salud laboral y drogas, por al abogado laboralista I. Fina (febrero 86); Sectas, por A. Rodriguez (junio 86); Nuevas líneas de actuación en la represión del tráfico de drogas, por el entonces delegado del PNSD Miguel Solans (enero 87); esta última sesión, por cierto, dio origen al «Repensar las drogas».

14 Aunque *Dejar la Heroína*, estaba en el «ambiente fundacional» de IGIA, la primera investigación propiamente dicha de la entidad fue en 1986: *Repercussió educativa del consum de drogues entre els menors en conflicte socia*l (Centre Estudis i Formació, Departament de Justicia, Generalitat de Catalunya); seguido, en el 87, de tres encargos del PNSD (*Elaboración de indicadores que permitan analizar y validar los programas inespecíficos como promoción de la salud*, *Requisitos formativos necesarios para la asunción por parte de los trabajadores de acción primaria sociosanitaria de la problemática del abuso de drogas*, *Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*). Por otro lado, conocíamos algunas iniciativas en la misma línea en el extranjero (Hartnoll, 1991).

sesiones de discusión abiertas a toda la entidad, así como presentaciones de las mismas a distintos públicos.

Todo ello generó publicaciones: folletos y artículos para revistas y[15] publicaciones de las investigaciones realizadas.[16] Su visibilidad, junto a la movilización de los contactos en las redes profesionales y políticas, facilitó el desarrollo de otro de los puntos fuertes de IGIA, la cooperación nacional e internacional, sobre todo con Europa y América Latina. El primer libro de la colección de IGIA, *La prevenció de les drogodependències: experiències en diferents països,* surgió de las Jornadas que sobre este tema se celebraron en Barcelona en junio de 1985. A partir de aquí, IGIA participa y/o co-organiza muchas reuniones que, poco a poco, van consolidando una red que empieza a plantear la intervención en drogas de una manera distinta a la ortodoxia prohibicionista.[17]

En toda esta actividad queda apuntada la línea, que se confirmará posteriormente, y que siguiendo la tipología de E. Goode (1997) situaría a GRUP IGIA en el ámbito de los «legalizadores progresistas», con un fuerte énfasis en la normalización de las drogas que debería permitir las condiciones que facilitaran un aumento de la salud, como una parte del bienestar, la integración y la participación social. En este contexto, era fundamental la labor educativa de los distintos agentes sociales y profesionales.

Estas actividades estuvieron, en gran medida, contrapunteadas por los debates internos sobre el futuro de IGIA, intentando aclarar su estatuto de asociación sin ánimo de lucro o de empresa de servicios. Por eso, en 1988, *IGIA Serveis* pasa a llamarse *Àmbit Prevenció*, empresa del tercer sector que tendría un potente desarrollo en el campo de las drogas, y que iniciaron algunos socios significativos. Sin embargo, en 1989, este

15 Como las publicaciones periódicas *Papers de Joventut*, *Treball*, *El Món*, *Comunidad y Drogas*, *Entrejóvenes*, etc.

16 Cinco libros entre 1988 y 1989, y tres vídeos, uno de los cuales (*La carrera*) fue Premio CITRAN 1989 para audiovisuales sobre drogas. La mayoría de publicaciones citadas pueden encontrarse en la página de Grup Igia. [Consultada el 18/12/2016].

17 Reuniones de ONGs convocadas por el PNSD en el 86, 87, 88, 89; Coordinadora ONGs; «Las grandes ciudades del Mediterráneo ante la droga», Barcelona, junio 86; CEE —Criterios de colaboración con países terceros— Bruselas, junio 87; CEE- America Latina, Madrid, diciembre 87; AMPT, Marsella, etc. Proyectos conjuntos: con SOS Drogue International y Fundación Convivir, para poner en marcha un Centro de Orientación Familiar en Buenos Aires; Intercambio con TACADE (Gran Bretaña) con la participación de QUEINU del País Vasco (1988), y otras entidades de Italia, Holanda, etc.

debate se profundiza, optándose mayoritariamente por continuar como asociación. Esto nos encuadrará en el futuro dentro de los distintos movimientos profesionales, sociales y políticos en torno a las drogas, la salud y la participación social, porque una mayoría, ya profesionalizados en distintos campos (asistencia, administración, academia, etc.), prefieren mantener la mayor independencia que parecía dar la identidad asociativa en este contexto.[18]

Está claro que el trabajo que hacía IGIA requería independencia. Esta hacía posible sus discursos y acciones críticas, su movilización educativa, como la que supuso, entre 1990 y 1992, trabajar conjuntamente con la *Comissió de Drogues de l'Associació de Veïns de 9Barris* ante la reacción social «contra la droga» que, como en otros lugares, también se vivió allí, un distrito muy castigado por la crisis. Trabajar con los vecinos permitió que la reacción se orientara, en sentido positivo, hacia la demanda de la creación de un Centro de Atención y Seguimiento en drogas (CAS) en el barrio, que se inauguró en 1992 con amplio apoyo popular. Durante años fue dirigido por la médica Núria Magrí, socia de IGIA.[19] Tendría una implantación e influencia a nivel profesional e institucional, tanto aquí como fuera, y la incidencia y alianza de la entidad con otros movimientos sociales y que permitía demostrar que ese potente discurso crítico podía ser además eficaz.[20]

18 Durante estos años, la directora técnica de GRUP IGIA fue Imma Mayol, mientras que en la primera presidencia estuvo Santiago de Torres, que fue sustituido por Sergi Gonzalez, cuando aquél se hizo cargo de la dirección del PNSD. Este último fue sustituido por Víctor Martí, que ha liderado la asociación entre 1989 y 2002, incorporando a Miguel de Andrés en la dirección técnica; el cual continuó en la presidencia de Oriol Romaní, entre 2002 y 2012, durante la cual se incorporó Mauricio Sepúlveda como responsable de investigaciones. Finalmente, Tre Borràs presidió la asociación entre 2012-2014.

19 Una muestra de la influencia que adquirirá IGIA en los próximos años es que hacia finales de los noventa casi la mitad de los directores de la red de CAS de Barcelona eran de la asociación. Desde un punto de vista más anecdótico, y a nivel de imagen, un colega latinoamericano que vino a la sede de IGIA, cuando estábamos realquilados en un despacho de unos 6m^2, en la sede de una asociación amiga (Genus), preguntó al llegar delante el edificio de Enric Granados, en el que estaba el despacho: «¿Ah, todo el edificio es vuestro?»

20 Este fue el caso de la Federación de Asociaciones de Vecinos (FAAV), no sólo de Barcelona, sino también de Catalunya, que unos años más tarde, después de haber vivido dramáticamente la reacción «contra la droga», pero también después de haber tenido distintos debates al respecto, acabó pronunciándose por la legalización de las drogas, como marco para facilitar una mayor capacidad de intervención entre los vecinos.

Esta influencia profesional se manifestará también en los puestos que distintos colegas de IGIA irián ocupando, unos más tempranamente que otros, en las distintas administraciones que se ocupaban de las drogas y/o la salud. Ejemplos significativos, aunque no únicos, serían el de Joan Colom —desde hace muchos años es el responsable técnico de drogas de la administración catalana—, de Imma Mayol, que cuando se dedicó a la política dirigió, entre otras cosas, la Agencia de Salut Pública de Barcelona; de Santiago de Torres, que durante varios años fue el director técnico del PNSD; o de Pilar Solanes, responsable técnica del área de salud del ayuntamiento de Barcelona.[21]

*La segunda etapa, 1989-1999. La Reducción de Daños y Riesgos***.**

La década de los 90 estuvo marcada también por la construcción social del «problema de la droga» iniciada en la década anterior, pero hubo cambios muy significativos por la expansión del VIH/SIDA, que llevó a una cierta normalización de la respuesta institucional y a transformaciones en las representaciones sociales. A pesar de que la heroína continuaba marcando el terreno de juego, hacia el final de la década, la cocaína y las drogas de síntesis ampliarán su presencia y ocuparán una parte importante del imaginario social respecto a las drogas. Fue el periodo de emergencia del fenómeno asociativo en el mundo de las drogas: el político-cultural, relacionado más específicamente con el cannabis, y el de los «usuarios» de heroína y metadona, que reclamaban una presencia activa en la solución de sus problemas.[22]

En esta fase, IGIA pasó de tener un acento más estrictamente terapéutico y preventivo a centrarse en las políticas de reducción de daños y riesgos (PRDR), tanto desde el punto de vista de su clarificación teórica como de su difusión. Desde el principio, en el debate sobre las PRDR, en la aso-

21 Sobre la influencia de IGIA, como incubadora de ideas y proyectos innovadores en el campo de las drogas, véase Parés y Bouso (2015: 21).

22 La primera asociación de consumidores de cannabis se fundó en Barcelona en 1993, y ya que todavía no podía llamarse así, se llamó Asociación 'Ramon Santos' de Estudios del Cannabis, aunque quedaron claras sus intenciones con su primer cultivo colectivo de marihuana, previa comunicación a la fiscalía de Catalunya. Por otro lado, surgen también AUMNO, AUPAM, APDO, ARSU y otras asociaciones, muchas de ellas federadas en FAUDAS, Federación Estatal de Asociaciones de personas afectadas por drogas y/o VIH/SIDA (Sobre esta cuestión, no solo en nuestro país, ver Trujols, 2013).

ciación apostó por que dichas políticas tenían que entenderse más como la puesta en marcha de un nuevo paradigma sobre la forma de entender y actuar sobre los problemas relacionados con las drogas, que no como una forma de flexibilización y modernización de las técnicas de intervención; posición, esta última, que al no cuestionar el fondo de las políticas de drogas, siempre se encontraría con el techo que representan las mismas, cosa que repercutiría en su eficacia, como se ha visto posteriormente.[23]

En esta época, la asociación participó ampliamente en debates acerca de las nuevas formas de análisis y abordaje de las drogodependencias,[24] en la formación continuada de profesionales y la cooperación e intercambio con otras entidades, especialmente la red de intercambios europeos (potenciada por la participación en redes como ITACA o el REAC, *Réseau Européen d'Approche Communautaire*) y latinoamericanos, no sólo con la realización de seminarios, sino también con las visitas a distintos dispositivos de tratamiento europeos,[25] así como la colaboración con distintos niveles de la administración a partir de nuestra posición de independencia ideológica e institucional.[26] Todo ello fue generando y alimentando publi-

23 Esta posición puede verse, entre otras publicaciones del Grup Igia, en los libros *Repensar las drogas…* (1989), *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias* (2000), *Gestionando las drogas* (2001) y en estudios como *Convivir con las drogas. Legislación sobre drogas y sistema socio sanitario: reflexiones y propuestas desde una perspectiva no represiva* (1995) *o Programas de reducción de riesgo: grupos de usuarios, tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas* (1996) [Consultada el 18/12/2016].

24 La primera gran reunión internacional organizada propiamente por Igia serán las *Jornades europees sobre la prevenció de les drogodependències. El treball comunitari, cap a noves perspectives*, realizadas en el Palacio de Congresos de Montjuïc (Barcelona), en enero de 1991, con 285 participantes (185 extranjeros).

25 En esta década ha quedado en la memoria de muchos profesionales tanto del conjunto de España, como europeos y latinoamericanos, su participación en los diferentes seminarios, en general muy concurridos, sobre PRDR, evaluación, supervisión, PMM, etc. a cargo, entre otros, de A. Mino, L. Cavalcanti, M. Coletti, A. Tinarelli, M. Bataglia, V. Barenblit, V. Korman, Cas Barendregt, M. Linnell, E. Megías… además de miembros de IGIA y afines; así como las visitas a Liverpool, Amsterdam, Zurich, Paris, Marsella, etc. En Latinoamerica la realización del Programa de Formación de profesionales del Cono Sur, subvencionado por la UE (1992-1997), significó la creación de una red que ha dejado su impronta entre los profesionales de la zona.

26 Aquí pudimos constatar fehacientemente que esa era una posición difícil de sostener cuando no se tenían otros medios económicos significativos que no tuvieran relación con las administraciones: hacia el final de la década, con un sectarismo que le honra (por aquello de

caciones, libros, videos[27] y «literatura gris», que muestran la voluntad de teorizar las experiencias y realidades más o menos próximas, de definir nuevos dispositivos y de reflexionar sobre la práctica, imaginando nuevos escenarios para hacer posibles cambios y avances en las políticas de drogas.[28] La literatura gris fue el resultado de investigaciones, que permitieron poner a punto instrumentos cualitativos que eclosionarán en la fase siguiente, tanto desde el punto de vista de su uso como de su teorización. Finalmente, fue significativo del interés de IGIA por por las políticas y las realidades de las drogas en las relaciones Norte-Sur la edición, a lo largo de esa década, de la *Revista InterDependencias,* junto con CIMADE, Consejo de la Juventud de España, *Concertacions* e Institut Genus.

Desde el punto de vista interno, hacia el final de la década, se produjo un relevo generacional en la Junta Directiva, disminuyó la presencia de «históricos» y se rescató la figura del director técnico, que recayó en Miguel de Andrés.[29] Junto a él, habrá la presencia de jóvenes profesionales, tanto autóctonos como latinoamericanos, con sus bagajes específicos; de personas provenientes de asociaciones de usuarios, con una estrecha colaboración con una de ellas (APDO); y, de forma más o menos esporádica, de voluntarios en relación con algunos de los temas que se fueron desarrollando, sobre todo, en la etapa que ahora comentaremos.

«las cosas claras»), el PP dejará en 0 ptas. las líneas de financiación para actividades de IGIA en todas las administraciones que controlará (PNSD, Comunidad de Madrid, etc.).

27 *¿Es posible la integración?, Estrategias de intervención familiar en drogodependencias, El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogas, La reducción de daños relacionados con las drogas, Y antes de la droga ¿qué?* y *Manual de tratamiento con Metadona*. También los vídeos *¿Y tú que piensas*?, *Metadona* y *Pares i mares*.

28 Por lo que respecta a la literatura gris, un estudio significativo fue el proyecto ATLAS, análisis de diferentes experiencias de reducción de daños y riesgos en Europa, *Programas de reducción de riesgo: Grupos de usuarios, Tratamientos con heroína, Información y educación para un mejor uso de drogas*; además de *Los estudios sobre drogas en España en los años 80*; *Los centros de encuentro y acogida*; *Convivir con las drogas: drogas, legislación y sistema sociosanitario*; *Bases conceptuales y metodológicas de los programas de disminución de riesgo*; *Documento referencial sobre los programas de reducción de riesgo*; *Proyecto BUHO: trabajo con asociaciones de usuarios*, etc…

29 Psiquiatra que provenía de la experiencia de trabajo en reducción de daños en Suiza con A. Mino, y fue el director del primer dispositivo de reducción de daños en Barcelona (SAPS, de Cruz Roja).

La tercera etapa, 2000-2009. Haciendo lobby para cambiar políticas

Esto que acabamos de ver, tenía relación con una cierta situación de crisis, al constatar que en un momento óptimo de influencia, de capacidad intelectual y social de orientar intervenciones, etc., nos encontrábamos con relativamente poca capacidad operativa, más allá de la militancia que siempre nos caracterizó. Era el fruto de la retirada del apoyo de algunas administraciones, pero también porque nuestros planteamientos críticos ya no eran tan necesarios, se habían ido normalizando y habían sido adoptados por distintas instancias de la sociedad. Además, el VIH/SIDA parecía que se empezaba a controlar, se profundizaba el cambio de percepciones y el proceso de normalización de algunas drogas, especialmente el cannabis, que incluía, por otro lado, la resituación de la atención sobre drogas legales como el alcohol y el tabaco.[30]

Todo ello llevó a replantearnos nuestras prioridades una vez más. Por un lado, y de manera congruente con la visión de las drogas ligada a muchos otros aspectos de la sociedad, pensamos que podía ser interesante pensar en una actividad que pusiera en primer plano algunos de ellos, que habían ido surgiendo aquí y allá, y decidimos focalizar nuestra atención también en investigaciones sobre género, migraciones o jóvenes. Por otro lado, veíamos la necesidad de una acción sociopolítica más directa, para colaborar, con nuestros saberes, a las luchas por una ampliación de la participación ciudadana en los asuntos sociales, cosa que intentamos hacer tanto a nivel internacional como nacional/ local.[31]

Lo más característico de esta etapa fue la realización de las Conferencias de Reducción de Daños en Drogas, a nivel nacional (las dos CoCo,

30 Ver al respecto Megías (2000, 2005) o Gamella y Jimenez (2003).

31 Algunas iniciativas venían ya de la década anterior, como la participación en la plataforma ENCOD, y la elaboración del *Manifiesto por una política de drogas justa y eficaz* (1998); Otras fueron posteriores: *Una altra política de drogues és possible* con ARSEC y otros sectores del mundo de las drogas; Intervención en el conflicto por el desmantelamiento de Can Tunis, junto a demás entidades del sector (Manifiesto *Impacte de l'enderrocament de Can Tunis*, junio 2004); defendiendo, posteriormente, en *Per una política de drogues raonable a BCN* —y junto a la FAVB— la instalación negociada de salas de consumo en Barcelona; o el impulso de la *Declaración de Oporto 2009. Documento de magistrados latinos sobre políticas públicas en materia de drogas y derechos humanos*, durante la CLAT V, que firmaron magistrados de España, Portugal, Italia, Brasil y Argentina.

conferencias de consenso),[32] e internacional (las cinco CLAT, Conferencias Latinas),[33] que convirtieron a GRUP IGIA en un referente global de un movimiento social que sitúa el tema drogas en el contexto de otros problemas sociales, políticos y culturales relacionados con las transformaciones de las sociedades urbanas y los procesos de globalización neoliberal. Se planteó lo de «latinas» porque el movimiento internacional de reducción de daños estaba siendo hegemonizado por la *International Harm Reduction Association* (IHRA), anglosajona y, de acuerdo con nuestros planteamientos, era importante el contexto, no sólo por cuestión de lenguas o códigos culturales diferenciados respecto al Norte hegemónico, sino también por la especificidad de las problemáticas relacionadas con el uso de drogas en este conjunto de países del Sur de Europa —sobre todo los ibéricos—, y Latinoamerica.[34]

Por lo que se refiere a la investigación, siempre partiendo de una concepción global/relacional, podía centrarse en temas muy específicos de intervención, pero con un acento cada vez más metodológico, sobre todo desde el punto de vista cualitativo, quizás porque nos tomamos en serio —y sabíamos que éste era nuestro «valor añadido»— que, por más que se disponga de grandes dispositivos tecnológicos, si no hay el conocimiento sistemático de los pequeños saberes y habilidades que constituyen el "humus" de la participación comunitaria, aquellos pueden ser inútiles, tal como nos ha demostrado tantas veces la intervención en el campo de la salud o de otros problemas sociales. Estos trabajos, basados mayoritariamente en prácticas etnográficas y/o cualitativas, se combinan a veces con técnicas cuantitativas y, en algunos casos, sirven para poner a punto en el campo de las drogas ciertas tecnologías de intervención social, como la Información-Educación-Comunicación (IEC).[35]

32 Barcelona, 2000 y Bilbao, 2002.

33 Barcelona, 2001; Perpinyà, 2003; Hospitalet del Llobregat, 2005; Milano, 2007 y Oporto, 2009. Las cifras de participantes fueron siempre entre 700 y 1000, de unos 30 países.

34 Lo que no obsta para que continuáramos colaborando con la IHRA, siendo unos de sus *partners*, por ejemplo, en su 19ª Conferencia Internacional, realizada en Barcelona (mayo 2008).

35 Proyectos MIRA (*Metodología de Investigación en Reducción de daños y Acercamiento*), DIPI (*Diversificación de Programas de Intercambio de jeringuillas*), SOPIX (*Identificación de las necesidades de los equipos de los PIJ —programas de intercambio de jeringuillas—, en cuanto a su funcionamiento, seguimiento y optimización*), REQUALA (*Formación en metodologías cualitativas para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas),* con su posterior

En publicaciones, el ritmo de aparición se fue ralentizando. Al principio de esta década apareció *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencias*. Si *Repensar las drogas* fue nuestro manifiesto fundacional, ésta fue una publicación de madurez, en la que intentábamos comunicar, de la manera más clara posible, la complejidad que entraña el análisis del problema, así como las diversas formas de actuación en torno a él mediante los autores más cercanos de nuestra red europea y latinoamericana.[36]

La cuarta etapa, 2010-2014. ¿Apaga y vamonos? Las huellas de IGIA.

En noviembre de 2012, con la inauguración en Santiago de Chile de GRUPO IGIA Latinoamerica, se ritualizó el «traspaso de la herencia» de la asociación a esta otra entidad, animada por uno de los puntales de Grup IGIA en los últimos tiempos[37], y con la participación de profesionales y activistas de la Red Chilena de Reducción de Daños, de Cáñamo Chile, etc. Es decir, con vocación latinoamericana —dada la situación actual de cambios en las políticas de drogas en aquella región— pero insertándose de momento en el Cono Sur. Al mismo tiempo, finalizan investigaciones y proyectos iniciados en la etapa anterior, y se realizan otros, sobre todo aplicaciones prácticas derivadas de aquellos, como evaluaciones, folletos, guías, etc.[38] También en estos últimos años se publican dos obras muy sig-

---

extensión a una red REDQUALA (*Red Española de investigación en metodologías cualitativas…)* de efímera existencia, ECATAMUS (*Diseño de un instrumento para la evaluación de la calidad de los PMM —programas de mantenimiento con metadona— desde la perspectiva de sus usuarios y familiares*), RETURN (*programa europeo sobre la reinserción de los ex-presos consumidores*), REZOLAT (*Red de intercambio sobre PPRD en Europa del Sur*), COMETA (*Estrategias de acción comunitaria para implantar dispositivos de drogas*), DCD (*Drogas, Ciudades y Democracia, base de una red europea sobre esta temática*)…; proyectos de distintos ámbitos, tanto local (principalmente Barcelona, pero también Reus, Hospitalet o Terrassa, por ejemplo), como catalán, español y europeo.

36 También se publicó el producto de la primera Conferencia de Consenso: *Gestionando las drogas* y la traducción *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo*.

37 Se trata de Mauricio Sepúlveda, ya retornado a Chile después de haber obtenido el doctorado en Antropología en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

38 Principalmente, «Actualització i re-edició del material preventiu 'Los tres virus'», «Valoración de la gestión de los riesgos de transmisión de VHC en UDVP (Usuarios de drogas por vía parenteral)», «Avaluació qualitativa de la implementació del Pla de Prevenció de Sobredosi», «Elaboración de Programa I.E.C. para la prevención de la hepatitis C dirigida

nificativas de nuestro trabajo: *No en la puerta de mi casa*, sobre el fenómeno NIMBY en relación a las drogas; y *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares*, básicamente con compañeros latinoamericanos.

Llegó un momento en que los que quedábamos activos en la asociación valoramos que no valía la pena dedicar tanto tiempo a las actividades organizativas de supervivencia de la misma, en un contexto que requería grandes esfuerzos. Estaba claro que, para iniciar una nueva etapa, debíamos transformarnos en una fundación o empresa del tercer sector. Esto iba ligado a los cambios en la «militancia» de las nuevas generaciones, con una alta formación, pero con escasas oportunidades de trabajo y que por ello, exigían su profesionalización. No fuimos capaces de ofrecerles este contexto institucional, y decidimos ir cerrando progresivamente la entidad, aunque con sensaciones contradictorias.

Asumíamos que nuestra aportación había sido decisiva para llegar a la situación actual en el campo de las drogas, en la que se está muy cerca de conseguir algunos de los principales objetivos iniciales, como la difusión de la Reducción de Daños y Riesgos, una cierta normalización tanto en los usos de drogas como en las respuestas a algunos de sus problemas, o el mayor uso de «tecnologías sociales cualitativas» para distintos tipos de intervención, ligadas sobre todo a la participación comunitaria. En este sentido, podíamos hablar de «misión cumplida».

Por otro lado, en un momento de posicionamientos muy cambiantes en las políticas de drogas, estaba clara la posibilidad y la necesidad de continuar trabajando para que estos cambios fuesen en aquella dirección que sea más útil a una mayoría de la población (y, por lo tanto, sean más eficaces); o la necesidad de ir insistiendo en la profundización y renovación de los instrumentos de intervención que fuimos poniendo en circulación. En este sentido, queda todavía mucho trabajo por hacer.

Pero creo que se puede afirmar claramente que entre las huellas que IGIA ha dejado en el campo de las drogas y de la intervención social en general, destaca la demostración de la utilidad del tipo de aproximaciones

---

a UDVP y PRD (Programas Reducción de Daño)», «Maleta de herramientas para la prevención de conflictos sociocomunitarios», «La accesibilidad a los recursos de atención de drogodependencias de mujeres usuarias de drogas ilegales en situación de exclusión social», «Las familias inmigrantes ante las drogas y el alcohol: de la autoatención a la atención especializada», con sus dos guías derivadas, una de «Talleres con familias» y la otra de «Talleres con profesionales».

basadas en la perspectiva sociocultural y la metodología etnográfica, que se han ido concretando en distintos instrumentos ligados a la intervención comunitaria. Los «problemas sociales» que nos afectan no son tal como nos los presenta el discurso hegemónico: si queremos restablecer una cierta cohesión social y contribuir a hacer una vida más vivible para amplias mayorías de la sociedad, tenemos que redefinir aquellos problemas con la comunidad afectada, dotando a ésta de capacidad de autogestión. No se trata de mitificar esto que llamamos la comunidad (aquí entraríamos en otra discusión…), si no de subrayar lo que hemos aprendido en estos treinta años: no es suficiente tener la razón, por más ilustrados que sean nuestros argumentos; si no se cuenta con la gente, cualquier proyecto social fracasará. Y para esto, hay unas metodologías más adecuadas que otras.

Bibliografía

Cancrini, Luigi (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma, Carocci.

Comas, Domingo (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.

Comas, Domingo (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas*. Madrid: PNSD.

Comas, Domingo *et alii* (2005). *Relato de las aportaciones del Grupo GID al conocimiento sobre adicciones y otros problemas sociales*. Madrid: Fundación Atenea-Grupo GID.

Ewards, Griffith; Arif, Awni (eds.) (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Viena: OMS.

Funes, Jaume; Romaní, Oriol (1985). *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación.* Madrid: Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española.

Gallego, Ferran (2008). *El mito de la transición. La crisis del franquismo y los orígenes de la democracia (1973-1977)*. Barcelona: Editorial Crítica

Gamella, Juan (1997). Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves de Razón Práctica*, 72: 20-30.

Gamella, Juan; Jimenez, Mª Luisa (2003). *El consumo prolongado de cánnabis.* Madrid: FAD. Junta de Andalucía.

Gonzalez Duro, Enrique (1979). *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar.

Goode, Erich (1997). *Between Politics and Reason*, New York: St. Martin's Press.

Hartnoll, Richard (1991). *(«Indicator Drugs Project», 1985) Drogas. Valoración de necesidades locales*. Madrid: PNSD.

Laporte, Josep (1976). *Les drogues.* Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

Malvido, Pau (2004 [1977]). *Nosotros los malditos*. Barcelona: Anagrama.

Rodríguez, Elena; Megias, Eusebio; Mejias, Ignacio *et alii* (2000). «La percepción social de los problemas de drogas en España». En *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino.* Madrid: Instituto de la Mujer. FAD.

Megías, Eusebio; Rodríguez, Elena; Megías, Ignacio; Navarro, José (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*. Madrid: FAD.

Navarro, José *et alii* —EDIS— (1985). *El consumo de drogas en España.* Madrid: Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española

Parés, Oscar; Bouso, José C. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global.* Barcelona: Open Society Foundations.

Romaní, Oriol (1983). *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. 1ª ed. Barcelona, Anagrama.

Romaní, Oriol, (ed.) (1995) *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup IGIA.

Romaní, Oriol (1999). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

Usó, Joan C. (1996) *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995*). Madrid: Santillana.

Trujols Albet, Joan (2013). «Hacia una participación significativa de las personas usuarias de drogas por vía parenteral en el desarrollo de las políticas e intervenciones en el ámbito del uso de drogas: apuntes para una historia mal conocida». En Llort Suárez, Antoniu; Borràs Cabacés, Tre (eds.) *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*. Barcelona: Grup IGIA. [Consultado 10/12/2016].

SEGUNDA PARTE
COMUNICACIÓN Y ALIMENTACIÓN EN EL NUEVO MILENIO

COMIENDO EN TIEMPO DE CRISIS: RETÓRICAS DEL HAMBRE EN LA PRENSA DIGITAL[1]

Mabel Gracia-Arnaiz
Medical Anthropology Reserach Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Montserrat García-Oliva
Universitat Ramon Llull, Barcelona

Resumen: En un contexto de incertidumbres provocadas por una progresiva precarización económica, este artículo analiza el papel que la prensa digital española ha jugado en la construcción mediática del «hambre» como un nuevo problema social. Si bien es cierto que numerosos agentes sociales —políticos, facultativos, activistas— no se ponen de acuerdo en su existencia ni alcance, durante el periodo más álgido de la crisis la prensa no ha dudado en considerar el hambre como una realidad tangible, refiriéndose con frecuencia al retorno de *Carpanta.*

Palabras clave: hambre, precarización económica, discursos, prensa digital.

Eating in times of crisis: rhetoric about hunger in the digital press

Abstract: In a context of uncertainties caused by a progressive economic precarization, this article analyzes the role played by the Spanish digital press in the construction of «hunger» as a new social problem. Although it is true that many social agents —politicians, activists, health professionals…— do not agree on its existence or scope, during the peak of crisis the media have not hesitated to consider hunger as a tangible reality, making frequent references to the return of *Carpanta*.

Keywords: hunger, economic precarization, discourses, digital press.

1 El artículo se enmarca dentro del proyecto I+D titulado «Comer en tiempos de crisis: nuevos contextos alimentarios y de salud en España» (CSO2012-31323) cuya IP es Mabel Gracia Arnaiz. Una versión sintética de este texto se recoge en el capítulo Gracia-Arnaiz, García-Oliva (2016).

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 161–179. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

Introducción

Las ideas planteadas en este texto tienen como objetivo principal averiguar si la actual «crisis» económica y las políticas de austeridad que la acompañan están invirtiendo tendencias positivas que el sistema agroalimentario industrial habría favorecido en las denominadas sociedades de la abundancia (entre ellas España), tales como la progresiva democratización de la alimentación y la disminución de las diferencias sociales en el consumo. Con interés especial, estamos analizando los efectos de la creciente precarización económica en las estrategias alimentarias y el estado de salud de la población.[2]

Aunque en el panorama internacional la inseguridad alimentaria ocupa un lugar prioritario en las agendas políticas, económicas y sanitarias, en las sociedades industrializadas,[3] este fenómeno se ha referido preferentemente a la inocuidad de la cadena alimentaria y a las precauciones adoptadas para minimizar los posibles peligros asociados a los alimentos. Sin desestimar este interés, nuestro estudio considera las razones por las cuales, en España, en los últimos años, se está planteando cada vez más el impacto de la inseguridad alimentaria entendida, ahora, como las dificultades para asegurar la accesibilidad regular de una parte de la población a los recursos alimentarios suficientes para garantizar su subsistencia y bienestar.

A pesar de la relativa abundancia alimentaria, a principios del siglo XXI el derecho a la alimentación parece no estar suficientemente garantizado en España (Antentas, Vivas 2014). Provocada por una multiplicidad de factores principalmente económicos y acentuada por las políticas de austeridad, estamos analizando hasta qué punto la actual crisis económica constituye un punto de inflexión en las maneras de comer y pensar la comida de las personas con condiciones de vida precarias. Para ello, hemos centrado la atención en el tipo de recursos y estrategias alimentarias puestas en marcha para lograr el sustento cotidiano y las acciones de carácter gubernamental y/o civil que se están desplegando para tratar de garantizar el derecho a la alimentación. Estamos considerando también si

2 En relación con este tema se pueden consultar en Gracia-Arnaiz (2014); Casadó, García-Oliva (2014); Gracia-Arnaiz, García-Oliva (2016); Bom-Kraemer, Gracia-Arnaiz (2016).

3 Ver en este mismo libro el capítulo de Jordi Farré y Jordi Prades.

han aparecido o se han incrementado problemas vinculados con la malnutrición a causa de la precarización económica. En este contexto, la propuesta que nos proponemos discutir aquí se centrará en la construcción mediática del hambre como un nuevo problema social en España.

En el primer párrafo entrecomillamos el término «crisis» por dos razones principales. La primera por sus particularidades:

a) no está producida por un único y principal factor desencadenante, sino por varios (es una suma de crisis: financiera, inmobiliaria, crediticia…)
b) ha nacido desde y con efectos negativos en sociedades ricas
c) es simultánea con la profusión de oferta alimentaria y con el despilfarro, no hay desabastecimiento ni racionamiento
d) afecta a los denominados «nuevos pobres», personas procedentes de las clases medias/bajas que el sistema ha ido dejando fuera del mercado laboral o crediticio, de las ayudas…

La segunda razón tiene que ver con el deseo de mantener cierta distancia con los discursos hegemónicos que la han caracterizado como una situación temporal, con principio y fin. No estamos en un período de inestabilidad coyuntural producida por alteraciones socio-económicas previsibles ante una situación excepcional, sino ante un cambio estructural de tendencias fruto de las reformas neoliberales aplicadas en algunos países europeos, que han supuesto importantes recortes en sanidad y educación públicas y en prestaciones sociales, y han incidido negativamente principalmente sobre las clases populares.

En España, la «crisis», un punto de inflexión capaz de mostrar no sólo las paradojas de unas políticas insuficientes, sino los límites de un estado de bienestar precario, ha dado al traste con derechos fundamentales considerados incuestionables, entre los cuales la vivienda y la alimentación. Entre las personas con menos oportunidades y más vulnerables, se han desarrollado nuevas y viejas estrategias de subsistencia que pasan por el abastecimiento de comida en contenedores, cultivo de huertos, reciclaje de sobras, mendicidad, hurtos, etc. Son simultáneas, en muchos casos, con la aparición o ampliación de redes sociales de apoyo, imprescindibles para entender por qué ciertos problemas de salud no se han instalado entre mucha gente. Son múltiples las iniciativas que tratan de asegurar el derecho a la alimentación: unas promovidas por las instituciones caritativas tradicionales, como Cáritas y la Cruz Roja, y otras por las administraciones tras comprobar las consecuencias del desempleo generalizado y de

sus drásticos recortes. Otras responden a la creciente movilización de la sociedad civil, como las asociaciones de vecinos o plataformas, que están asumiendo parte de las responsabilidades que deberían ser acometidas por los causantes de la recesión.

En cualquier caso, las alarmas sociales se han disparado anunciándonos la re-emergencias de penurias pasadas, lo que hace pertinente preguntarse si acaso se están generalizando las carencias alimentarias en contextos de sobreabundancia. No hay muchas pruebas empíricas de las secuelas de la crisis en la salud (Cortès-Franch, Gónzalez, 2014) y no seremos nosotras, quienes digamos lo contrario, especialmente atendiendo a la «evidencia contra-intuitiva» según la cual las tasas de mortalidad general han disminuido y la salud de la población ha mejorado durante los años 2007-2010 en España, como señalan algunos (Tapia Granados, 2014). Los salubristas europeos y estatales no se ponen de acuerdo acerca de los impactos positivos/negativos de la crisis. Tampoco lo hacen en relación con el empeoramiento o no del estado nutricional, y éste está siendo objeto de diferentes hipótesis. La Asociación Española de Pediatras de Atención Primaria (AEPAP) descarta que exista desnutrición entre la población infantil por motivos económicos, aunque advierte que puede darse en un futuro próximo. Otros vinculan las dificultades económicas con el incremento de la diabetes mellitus tipo II (Escolar, 2009) y, aunque tampoco hay estudios específicos que señalen una relación directa entre el aumento de la pobreza y el incremento de la obesidad en España (Antentas, Vivas, 2014) la última *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*,[4] indica un incremento de la prevalencia de casi dos puntos respecto de la anterior, situándose en el 17%.

Para la mayoría de los clínicos, la desnutrición no constituye un problema real. El *Libro Blanco de la Nutrición en España* (FEN, 2013), publicado coincidiendo con el punto álgido de esta crisis, apenas le dedica atención. Cuando habla de «malnutrición» por defecto o de «desnutrición» las describe como un «fenómeno común en el ámbito hospitalario» asociado a otras enfermedades; lejos de los posibles problemas causados por la privación. Este libro ignora la importancia de la clase social, obviando que somos uno de los primeros países en la percepción de fondos del Plan de Ayuda Ali-

4 Un resumen de los resultados está disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf> [Consultada el 10/12/2016].

mentaria[5] a las personas más necesitadas de la Unión Europea y que, desde hace cinco años, la inseguridad alimentaria no haya parado de crecer.

Lo que sí ha aparecido entre 2009 y 2014 ha sido una significativa respuesta mediática, que ha generado multitud de noticias relacionadas con la pobreza en general y el hambre en particular recuperando la memoria de las historietas más emblemáticas de Escobar.[6] Es esta respuesta mediática la que queremos analizar a través de un discurso descriptivo-analítico en relación a la construcción social del «problema del hambre» en España a raíz de la crisis económica. Nadie discute el papel que juegan los medios de comunicación en la elaboración de imágenes culturales y discursos hegemónicos sobre una situación concreta (Hosban, 1995). También es indudable el peso que Internet ha adquirido en la sociedad actual impulsando, desarrollando y transformando prácticas sociales y maneras de pensar (Castells, 2001). Si se articulan ambas cuestiones es lógico pensar que la prensa escrita digitalizada puede llegar a tener un peso relevante en la construcción social de la que hablábamos.

Aunque algunos señalan que el futuro de la comunicación pasará a ser digital, por el momento, deberán convivir prensa digital y escrita durante un largo periodo (Cerezo, Zafra, 2003). Se argumenta que las ventajas de la prensa digital son que no requiere de tanta inversión y es rápida, compitiendo de forma directa con la radio y la televisión En España el avance de la prensa digital se ha realizado progresivamente. A pesar de las resistencias iniciales, puesto que los grandes grupos editoriales siguen teniendo como principal fuente de ingresos la prensa tradicional, los medios digitales ganan peso y, cada vez más, los lectores abandonan el papel para pasarse a la pantalla, la cual, además, es sumamente atractiva puesto que les permite interactuar y convertirse, si esa es su opción, en sujeto activo. Según un estudio realizado por la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación,[7] el 59% de los lectores lee diariamente prensa en soporte papel y *on line* buscando, en el primero, profundización y opinión y, en el segundo, inmediatez e información adicional. La lectura

5 [Consultado el 10/12/2016].

6 José Escobar Saliente (o Josep Escobar i Saliente) (Barcelona, 22 de octubre de 1908 - 31 de marzo de 1994) fue un historietista, inventor y pionero de los dibujos animados, caricaturista, y comediógrafo español[1] que firmaba como *Escobar*. Uno de sus personajes más paradigmáticos fue *Carpanta*.

7 *La Razón* (2015) Edición digital, 30 de Octubre. [Consultada el 10/12/2016].

on-line se hace principalmente a través de los portátiles pero cada vez más desde dispositivos móviles. Proliferan blogs de opinión y buscadores específicos en los que podemos encontrar todas las publicaciones y principales noticias de España.[8]

También la industria alimentaria tiene su espacio en Internet. Páginas como *GAN. Gastronomía + Nutrición*[9] ofrecen información actualizada sobre cuestiones alimentarias y nutricionales además de formación específica, una zona de prensa donde se recogen las últimas noticias aparecidas en prensa sobre la temática, recetas y tienda *on line*. Y, en este sentido, como nos constata el Informe Minerva (2015) de Google, la compra generalizada a través de las distintas *webs* especializadas aumenta entre los consumidores, sobre todo en relación a los productos menos tangibles. Sin embargo, aunque parece no gustar demasiado a los españoles adquirir productos «físicos» a distancia, encontrándose entre ellos los alimentos, esta modalidad de compra se está incrementando. En el último año, según informa la compañía de gestión de información Nielsen, un 25% más de españoles la siguen (Informe Nielsen, 2015). Otros medios resaltan el incremento de este hábito haciendo énfasis en sus ventajas que son la comodidad y el ahorro.[10] Incluso cuando el Ministerio de Agricultura[11] pone en marcha campañas de publicidad institucional no olvida hacerla en Internet utilizando páginas *web* de los periódicos generalistas, de temática alimentaria, blogs especializados y redes sociales. Así, la prensa digital se convierte en referente de consulta para aquello que se tiene que consumir y cómo se debe consumir y, a su vez, es también un recurso para el consumo a través de la adquisición de alimentos de una manera directa mediante la multitud de páginas a las que la población tiene acceso.[12] Incide además, en el cambio de comportamientos y hábitos relacionados con la compra de alimentos que pasó de la pequeña tienda de barrio, a las grandes superficies y ahora despega *on line*.

8 Disponible en: <http://kiosko.net/es/> [Consultada el 10/12/2016].

9 [Consultada el 10/12/2016].

10 *Mediterráneo Digital* (2014). [Consultada el 10/12/2016].

11 Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (2016). Campañas [Consultada el 10/12/2016].

12 Sobre las estrategias de consulta en Internet y la credibilidad ver el capítulo de Lluisa Llamero en este libro

Imágenes mediáticas en torno al hambre

No vamos a discutir aquí sobre si existe o no hambre o desnutrición en España o sobre el mayor o menor peso que la prensa digital ha dado en los últimos años a los problemas alimentarios. Más que responder a la pregunta de si existen formas de hambre especificas (incluida la definida por la FAO[13] como «sub/desnutrición»), vamos a mostrar cómo algunos agentes las están dando por ciertas. En efecto, si hasta hace poco el hambre y la penuria eran apenas un doloroso recuerdo de las personas que malvivieron durante la posguerra, hoy los medios de comunicación la presentan como una realidad tangible.

Pero ¿de qué realidad nos habla la prensa digital?, ¿cómo la presentan?, ¿se trata acaso del retorno de *Carpanta*, de ese personaje emblemático nacido en los cómics infantiles de la posguerra, ahora en la prensa digital? Para quienes no lo conocieron, *Carpanta* fue el epítome del hambre de esa época: un vagabundo eternamente hambriento que nunca podía satisfacer la necesidad primaria de comer y que se tenía que contentar soñando con platos apetitosos, especialmente con el pollo.



El Periódico Mediterraneo Viernes, 6 de marzo de 2015 Edición impresa

Mediterráneo Opinión

Noticias Deportes Multimedia Más actualidad Servicios Participa Blogs

El director opina Directo desde Castellón Bonancible

Més fam que Carpanta

VICENTE García Nebot VICENTE García Nebot 21/09/2009

En esta larga travesía por la que nos lleva la crisis nadie se salva, y menos los ayuntamientos que han estado nutriéndose de los ingentes recursos que la burbuja inmobiliaria y urbanística iban generando para sus arcas. Y es que prácticamente todo el sistema recaudatorio municipal está basado en el ladrillo y sus consecuencias. El impuesto que grava las licencias de obras, el impuesto de bienes inmuebles o el impuesto de plusvalía.

El Icio, o impuesto por las licencias de obras, se ha reducido prácticamente a inexistente. Este verano del 2009 se han visado siete escasos proyectos técnicos en nuestra provincia de Castellón. Y hace un par de años las licencias en un verano eran 400. El problema se les agrava a los ayuntamientos cuando los promotores piden que se les devuelvan los impuestos ya pagados porque se lo han pensado mejor y prefieren esperar a tiempos mejores. Eso implica que, además de no entrar dinero fresco en las arcas municipales, las corporaciones tienen que hacer eso tan desagradable que es devolver el dinero que ya se habían gastado.

Algunos ayuntamientos espabilados han empezado a realizar revisiones de las licencias otorgadas en los últimos cuatro años. Y como solemos ser unos sinvergüenzas y hemos construido más de lo que en la licencia nos autorizaban, nos tocará pagar un suplemento. Y los municipios más agresivos (o más

Imagen 1. La sombra de Carpanta.

13 FAO (2016). [Consultado el 10/12/2016].

En relación el papel jugado por los media, partimos de la hipótesis de que materializan una especie de «espacio público» donde, en un momento dado y en base a acontecimientos particulares, emergen cuestiones desconsideradas o confinadas antes a esferas más restringidas —institucionales, científicas, sanitarias—, contribuyendo así a la problematización de ciertos fenómenos. No son un simple vehículo que acerca información al público. Los diarios se posicionan y generan imágenes y discursos sociales y temporalmente anclados, producidos por actores en el seno de diversas instituciones y destinados a otros actores en un contexto histórico concreto, vehiculando en ese proceso algo más que mera información: priorizan, evalúan, enjuician y legitiman.

En relación con el hambre, nos preguntamos si los medios digitales están actuando como constructores y amplificadores de un nuevo problema social, entendiendo por problemas sociales aquellas cuestiones que, dentro de un determinado campo más amplio de conflictos, son privilegiadas a menudo con independencia de la negatividad que las puede caracterizar (número de víctimas, daños causados, etc…). Un efecto complementario de este planteamiento es que el problema social ocupa un lugar, canaliza las energías y las reacciones de las personas ante temas diversos de la vida cotidiana desviando la atención de problemas más estructurales y que podrían poner en cuestión el actual *statu quo*. En relación a la alimentación, la situación conceptualizada ahora como problemática por la prensa digital es el acceso y la cantidad consumida.

Los criterios que se han tenido en cuenta para seleccionar los soportes españoles de prensa digital han sido la tirada, la difusión, la cobertura estatal o regional y la diversidad en la tendencia ideológica de su línea editorial. Para ello hemos elegido *El País, La Vanguardia* y también con *El Diario.es*. El periodo contemplado ha sido 2008-2014, y en el caso de *El Diario.es* que apareció en septiembre del 2012 solo el periodo 2012-2014 Las noticias se han buscado teniendo en cuenta estos 3 criterios de búsqueda:

- *Alimentación y pobreza* con la consulta de 1600
- *Ayuda alimentaria, crisis y hambre* consultando alrededor de 3500 noticias
- *Comedores sociales* con una revisión de más de 4000 noticias.

Se han consultado todas las noticias para cada criterio. De todas ellas y, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se han seleccionado las siguientes para analizar:[14]

	El País	*La Vanguardia*	*El Diario.es*
Alimentación y pobreza	56	45	8
Ayuda alimentaria, crisis y hambre	28	17	6
Comedores sociales	9	27	3

Fuente. Elaboración propia.

Sobre este cuadro, las preguntas que nos hemos hecho han sido:

- ¿Cuándo se empiezan a recoger noticias sobre el impacto de la crisis en la alimentación cotidiana de la gente?
- ¿Cómo se presenta/aborda este tema a nivel de imágenes, discursos?
- ¿Qué causas se plantean, que actores, que responsables si los hay, qué soluciones…?



28 LA VANGUARDIA — TENDENCIAS

SHAUL SCHWARZ / GETTY IMAGES

Hambruna en Kenia. Centenares de personas haciendo cola para acceder a los alimentos repartidos por la Cruz Roja, en una fotografía tomada el pasado mes de enero

La carestía de los alimentos agrava el hambre en el mundo

Sufren esta lacra 923 millones de personas, según la FAO

EL PAÍS — PORTADA | INTERNACIONAL

SOCIEDAD

EDUCACIÓN SALUD CIENCIA MEDIO AMBIENTE IGUALDAD CONSUMO

ESTÁ PASANDO La epidemia del ébola Homofobia Acoso escolar

El número de hambrientos se incrementa en 75 millones por la crisis alimentaria

- Sería necesario reducir en 500 millones en siete años la cifra de personas que pasan hambre en el mundo para cumplir los Objetivos del Milenio

EFE | Roma | 18 SEP 2008 - 17:31 CET

Archivado en: Hambre FAO Objetivos Milenio Crisis alimentaria Control alimentario Control calidad ONU Problemas sociales Organizaciones internacionales Bienes consumo

El aumento de los precios de los alimentos provocó que el año pasado 75 millones de desnutridos se sumaran a los 848 millones ya existentes en esa fecha, ha informado hoy en Roma la Organización de las

EL PAÍS — PORTADA | INTERNACIONAL

ECONOMÍA

ECONOMÍA EMPRESAS MERCADOS BOLSA MIS AHORROS VIVIENDA TECNOLOGÍA OPINIÓN/ANÁLISIS BLOGS EMPLEO

Oxfam denuncia que los biocombustibles abocan a 30 millones de pobres a la hambruna

- La organización asegura que el recurso a estos carburantes ha encarecido los alimentos un 30%

REUTERS | Bruselas | 25 JUN 2008 - 09:03 CET

Archivado en: Combustibles Energía no renovable Fuentes energía Energía

Imagen 2. El hambre está fuera de España.

14 A pesar de esta selección, entre todas las consultadas, el volumen de las noticias sigue siendo demasiado elevado para referenciarlas en el capítulo a nivel hemerográfico.

El análisis cronológico indica que, antes de 2009, apenas hay referencias, empiezan a crecer a finales de ese año e inicios de 2010, y pasan a tener una presencia significativa desde 2012-13. En estos dos años se registran más noticias, casi siempre en el apartado de Sociedad y Economía, excepcionalmente en el de Política. Esta ubicación es interesante porque da cuenta de cómo el problema se define más por sus dimensiones y consecuencias socio-económicas, que por su origen político. Antes de 2009 ni *El País* ni *La Vanguardia* hablan apenas de hambre en España. Sí, en cambio, aparecen artículos sobre el hambre ajena o lejana (de otros continentes). No es un tema central, pero sí recurrente que se saca del cajón cuando hay cifras de informes, cumbres de organismos internacionales, o situaciones de emergencia extrema. Se aborda del siguiente modo:

a) haciendo referencia a la necesidad de movilizar ayuda urgente internacional ante la crisis alimentaria de 2006-2008, la cual puso en jaque a países del cuerno africano, coincidiendo con el alza del precio de granos cuyo precio se triplicó por diferentes motivos (biocombustibles, especulación financiera, mayor consumo en países emergentes)

b) a la labor de las instituciones supranacionales, como la FAO, tratando de frenar el hambre aguda y crónica (la definida biomédicamente) frente al sinfín de factores que la provocan, siendo la principal la desigualdad/pobreza; aún a pesar de las dudas sobre si se alcanzarán o no los objetivos del Milenio de reducirla a la mitad en 2015

c) recreándose en las imágenes de las víctimas: casi siempre son rostros famélicos de niños y sus madre de las zonas áreas rurales subsaharianas. Es cierto que la prevalencia más alta de desnutrición está en África Negra, pero en números absolutos hay más millones de hambrientos en Asia central/oriental/occidental (Mongolia, India, pakistanís… Irak, Yemen ahora) (FAO, 2015).

d) señalando, de forma abstracta, a los culpables: el mundo «poderoso», es decir las empresas que gobiernan a los países ricos y sus políticas económicas, las que hacen encarecer la energía, los costes de los fertilizantes, la fortaleza o no de las monedas, las prohibiciones de exportaciones agrícolas, la disminución de soporte a los programas de ayuda internacional, y la inacción de los gobiernos de países ricos y pobres.

Antes de 2009, como mucho se habla de «pobres» —que en España siempre han existido (de solemnidad)— pero no de «hambrientos». Se destaca que el fuerte crecimiento económico de la década anterior no sirvió para reducir la pobreza, sino que, al contrario, aumentó la desigualdad social. 2009 es un año interesante porque es bisagra: simultanean las no-

ticias de la ayuda española a las hambres de otros lares (hambres *lejanas*) con el reconocimiento de las penurias locales. Se prometen cantidades que ahora nos pueden parecer generosas, como 1000 millones de euros en 5 años, pero que en su momento defraudaron a las ONGs, con el tímido pero ya innegable reconocimiento de la *crisis at home*. A partir de 2010, coincidiendo con los recortes del gobierno socialista, aparecen muchas noticias de la prensa digital, y se convierte en tema *top* hasta el momento actual.


The New York Times
Europe
In Spain, Austerity and Hunger
Full Screen 2 of 15

eldiario.es
Catalunyaplural.cat
Educación | Trabajo | Sanidad | Territorio | Política | Cultura
En català
Catalunya
El Síndic de Greuges reafirma que "Cataluña tiene un problema real de malnutrición infantil"

LA VANGUARDIA Barcelona
Miércoles, 26 de noviembre 2014
Quiero | Temas
Portada | Internacional | Política | Economía | Sucesos | Opinión | Deportes | Vida | Tecnología
Ediciones
Alt Pirineu y Aran | Badalona - Barcelonès Nord | Berga - Berguedà | Granollers - Vallès Oriental
DESDE 2009
El hambre en Catalunya se triplica y afecta a 1,5 millones de ciudadanos
Barcelona | 15/09/2011 - 12:04h
Notificar error · Tengo más información
Seguir
Tweet 4 | Me gusta 8 | Share 0 | +1 0 | Share
El Banc dels Aliments atiende a 45.000 barceloneses en agosto por la crisis
BARCELONA, 15 EUROPA PRESS
Los catalanes que sufren carencias alimentarias se han triplicado desde 2009 y ya suman 1,5 millones de personas, según la **Fundación Banc dels** Aliments de Barcelona, que augura un recrudecimiento de la situación este año a medida que los ciudadanos agoten los subsidios.
Así lo han explicado a Europa Press fuentes de la Fundación, y han destacado que el aumento de la demanda de **alimentos** procede de familias autóctonas de clase media que se han visto

Imagen 3. El hambre se instala en casa.

De la mano de esta crisis, casi de repente, el hambre aparece en los medios de comunicación. De no hablar apenas del hambre local, afirman su existencia. Dos sucesos van a actuar de acelerador en la cristalización del «problema del hambre» en España. El primero fue la internacionalización del problema en septiembre de 2012: *The New York Times*[15] dedicó

15 Hunger on rise in Spain (2012), *The New Yok Times*, 29 de septiembre de 2012. [Consultado el 10/12/2016]

unas páginas a las estrategias alimentarias de supervivencia de los españoles en procesos de precarización recurriendo a la imagen impactante de un joven buscando comida en los contenedores de basura (Imagen 4). Estas imágenes eran similares a las que ya en 2011 se habían difundido de Grecia o Portugal.



The New York Times

TUESDAY, SEPTEMBER 25, 2012

In Arab Spring, Obama Finds A Sharp Test

Diplomatic Strategies Evolved in Crises

SYRIAN CIVIL WAR POSES NEW PERIL FOR FRAGILE IRAQ

SECTARIAN RIFTS DEEPEN

TEACHERS' UNIONS WOOING G.O.P., TOO

Shifting Agendas Drive Some Across Lines

Safer Flights, but Close Calls Lurk on the Runway

Spain Recoils as Its Hungry Forage Trash Bins for a Next Meal

'Rebecca' Sees Investor Fade, As if Dream

Imagen 4. El hambre en España se visualiza en el exterior.

El segundo suceso fue la difusión del Informe del Defensor del Pueblo de Catalunya en agosto de 2013 (Síndic de Greuges de Catalunya, 2013) que torpedeó el relato sobre la vida política social y sanitaria catalana a partir de las culpabilidades cruzadas que suscitó. La prensa recogió sólo parte del contenido de ese informe: aquella que causaba controversia y polémica al acusar a las autoridades catalanas de no garantizar la accesibilidad física y económica a los alimentos a 50000 menores de 16 años en situación de vulnerabilidad social. Sin embargo, no mencionó las

incongruencias de un texto que en un párrafo dice que «las entidades sociales no han detectado como problema estructural situaciones de desnutrición aguda o crónica por causas socio-económicas y que no hay niños que padezcan hambre en Catalunya» cuando, dos párrafos más abajo sí se afirmaba que «la desnutrición aparece de forma puntual en las historias clínicas del Institut Català de la Salut, hay 751 menores con desnutrición por pobreza».

Con matices o sin ellos, su difusión mediática fue efectiva. Hizo actuar rápidamente al Departament de Salut i el de Educació de la Generalitat de Catalunya y a las autoridades municipales. Se aumentaron las becas comedor, que habían sido drásticamente recortadas en 2012 y 2013, y se creó un protocolo de detección de malnutrición infantil en el que participaron los Departamentos citados, además del de Bienestar Social.

Una cuestión relevante es cómo presenta la prensa digital el problema del hambre. Los recursos retóricos, aquellos que acaban persuadiendo y convenciendo a muchas personas de que el hambre se ha instalado en España, son parecidos a los utilizados para las hambres lejanas. Se recurre a diversas estrategias comunicativas. En primer lugar, a la reiteración/insistencia temática aumentando la cantidad de noticias sobre las causas; en segundo, con unanimidad sobre los orígenes que se centran en la explosión de la burbuja inmobiliaria, los problemas de la banca y crediticios y la destrucción de empleo; en tercer término, se da una negatividad ascendente del problema que se ve reforzada por el uso de cifras y de porcentajes extraídos de informes. Todo lo que va mal puede ir a peor: el paro, los hambrientos, los desahucios… Se refieren a las encuestas de condiciones de vida/salud para magnificar la situación: son cientos, miles o millones de afectados (5 millones de parados, 3 millones de familias….). hambre, privación, 50000 malnutridos…; y, por último, se hurga en el dramatismo de las situaciones: las colas de los comedores sociales, la búsqueda en las basuras, las comidas ambulantes, los bancos de alimentos vacíos. A veces se fotografían formas de solidaridad (reparto en las calles, cocinas ambulantes…), pero en menor medida.

La prensa da voz principalmente a tres perfiles distintos de actores sociales. Sin duda, los más habituales son las víctimas presentadas con un doble perfil, a veces como protagonistas de manifestaciones colectivas exigiendo medidas sociales y políticas —«pan, techo y trabajo»—, pero las más recurriendo a testimonios, personalización de los casos. Los *media* se convierten en contadores de historias particulares. *El Diario.es* abre

la sección «Historias de la crisis», tratando de incluir a todos: a la generación mileurista con sueldos que no les saca de la pobreza, parados de larga duración, desahuciados, personas dependientes sin ayudas sociales, pensionistas dando de comer en su casa a tres generaciones, pobres energéticos, inmigrantes sin papeles… Se trata de rostros serios o abatidos, o personas sin rostro —para preservar la identidad de niños—, mujeres: «En España, tres de cada diez niños se van a la cama con hambre» destaca *La Vanguardia*[16], de familias enteras (y no sólo inmigrantes, sino también autóctonos) que acuden a comedores, que cuentan sus penurias con más o menos vergüenza. Valga la cita siguiente como ejemplo de las noticias que, dando voz a las víctimas y resaltan las dolorosas situaciones que viven los afectados. Contar las penas, tragarse la vergüenza, hablar de sueldos paupérrimos, son algunas ideas recogidas:

> Manuel (nombre ficticio) se retuerce en la silla mientras habla. Se mesa la barbilla, se frota las manos, mueve la pierna, inquieto. A sus 60 años, a este experto en estructuras de hierro con 41 años de experiencia en el sector de la construcción, no le hace ninguna gracia estar aquí contando sus penas. En mayo se quedó en el paro. Los cinco últimos meses trabajó sin cobrar para saldar parte de las deudas de la empresa de la que era socio. Así consiguió que no embargaran su piso, que por suerte y tras 30 años de hipoteca, está pagado. En esos meses Manuel se fundió buena parte de sus exiguos ahorros. Hoy percibe 660 euros de paro con los que mantiene a su mujer, de 56 años, y con los que da de comer a sus tres hijos —en el paro o con sueldos paupérrimos—, así como a tres nietos. Hace cuatro meses, con el agua al cuello, su mujer, Ascensión, se tragó la vergüenza y acudió a la parroquia del barrio, en Leganés (Madrid), que atiende a otras 52 familias. La red de Cáritas les ayuda a llenar la nevera, un alivio que en estos momentos agradecen tanto como para prestarse a hacer esta entrevista. Lejos quedan los años en que Manuel traía a casa unos 1.800 euros al mes. Al igual que el 40% de las personas que en los últimos dos años se han visto obligadas a acudir a Cáritas, es la primera vez que se ven en esta situación (*El País*, 8 de Noviembre de 2010).

Un segundo grupo de actores son los responsables (o culpables), de nuevo en abstracto, que han provocado la crisis e impuesto sus reformas: banqueros, constructores, autoridades europeas o mundiales y políticos que han aplicado recortes en sanidad, educación y políticas sociales. Estos últimos siempre aparecen a la defensiva, discutiendo las imágenes mediá-

16 *La Vanguardia*, 24 de junio de 2014 [Consultado el 10/12/2016].

ticas y las interpretaciones tremendistas que, según ellos, hacen algunas entidades del tercer sector o de las ONGs: «En esta ciudad hay suficientes recursos para que nadie pase hambre» dice Miret[17] para Barcelona o el Consejero de Sanidad, Boi Ruíz[18], niega que haya desnutrición infantil en Cataluña apoyado por la declaración de la Asociación Catalana de Pediatras.

Finalmente, están las entidades caritativas, humanitarias y de acción social que proponen medidas y/o gestionan los recursos de ayuda. No se trata tampoco de un grupo homogéneo. Por un lado, se hace referencia a las grandes ONG supraestatales como Oxfam, Acción contra el Hambre, Unicef, Cáritas o los Bancos de Alimentos con trabajadores en nómina y voluntariado, las cuáles subrayan insistentemente esos macro-datos sobre el aumento doble, triple o cuádruple de los demandantes, solicitando siempre aumentar las donaciones en forma de alimentos y dinero. Y por otro lado, y con menor frecuencia, se incluyen a las organizaciones sociales de estructura más pequeña, como Redes de Solidaridad Popular o las asociaciones de vecinos, que insisten en abordar las raíces políticas del problema y proponer medidas menos asistencialistas.



Imagen 5. El hambre invisible.

En este tratamiento mediático del hambre nos ha llamado la atención la ausencia de algunos de los actores sociales. En particular, teniendo en cuenta que estamos en una sociedad hipermedicalizada, sorprende que los sanitarios apenas aparezcan en las noticias de la prensa digital. Nos

17 *La Vanguardia*, 16 de marzo de 2015 [Consultado el 10/12/2016].

18 *El País,* 23 de agosto de 2013 [Consultado el 10/12/2016].

preguntamos por qué. ¿Acaso no son ellos (médicos, nutricionistas…) con sus *toolkit* de indicadores quienes detectan, diagnostican y sancionan la existencia del hambre y las hambrunas en cualquier parte del mundo? Entonces, si la hay en España a raíz de la crisis económica, ¿por qué estos profesionales no están teniendo más protagonismo mediático? ¿Acaso no hay desnutrición y subnutrición aquí? En los centros de atención primaria donde hemos hecho trabajo de campo no se han detectado casos. Ni médicos ni enfermeras los han mencionado. Podría estar sucediendo, como reza la última campaña del Banco de Alimentos para la recogida anual de alimentos, que estemos ante un problema *invisible*, «es un hambre que no se ve». Podría ser también que el problema solo sea una invención mediática y/o social.

¿Nuevos Carpantas?

En cualquier caso, algunas ideas interesantes pueden extraerse de este análisis. Es cierto que las mal llamadas «sociedades de la abundancia» han fabricado muchos más *Carpantas* de los que hubiéramos imaginado nunca y esto cuestiona tanto los aparentes beneficios atribuidos al sistema alimentario agroindustrial como evidencia el fracaso del modelo económico neoliberal. Ni se ha conseguido disminuir las desigualdades sociales en el acceso regular a la comida, ni se han sabido gestionar los excedentes alimentarios, que acaban en las basuras domésticas, vertederos o como piensos para ganado. Con todo, los *Carpantas* que aparecen en los medios de comunicación difieren del original. La prensa digital española analizada da cuenta que los pobres de hoy no tienen trabajo, pero no porque no quieran trabajar por pereza, como *Carpanta*, sino porque hay poco empleo y de pésima calidad; algunos de estos pobres no tienen techo donde dormir, como *Carpanta*, pero porque los bancos les han arrebatado su casa. Algunos duermen bajo un puente, pero la mayoría lo hacen hacinados en pisos compartidos, *okupados*, o en pisos de alquiler social.

La cuestión más relevante es saber si el hambre mediática, el hambre *at home*, la que nos sorprende y avergüenza a la vez, es real o inventada. Los medios no siempre matizan ni profundizan cuando abordan fenómenos complejos o cuando, como en este caso, construyen un problema social. Es cierto que la cobertura mediática estimula la movilización social y viceversa. Mucha de la información que la gente recibe sobre el hambre

y la penuria procede de los medios, que recogen, interpretan y transmiten información acerca de algunas de sus implicaciones sociales y económicas. También es cierto que cuando cubren una historia específica, la gente la asume como importante. De hecho, los líderes políticos tienden a responder con más facilidad si la «preocupación»[19] está en los *media*, que si no lo está. Los medios también prestan credibilidad y legitimidad a una parte de la controversia: proveyendo un foro para la expresión, ciertos grupos pueden influenciar las políticas públicas y sus percepciones a través de los soportes mediáticos. Los medios de comunicación social están jugando, en consecuencia, un papel central en la composición del orden del día público sobre el hambre en España.

Pero, para nosotras, las víctimas de esta crisis no son nuevos *Carpantas*. Es muy posible que las personas que están en situaciones de precarización extrema no estén pasando el hambre canina o extrema que agudizó el ingenio de este personaje de la postguerra española. La circulación, más o menos institucionalizada de los alimentos excedentarios lo impide, al menos de momento. Ello no quita, sin embargo, que tengan experiencias de carencias. Y entonces «pasar hambre» en España, aunque pueda tratarse, en efecto, de penurias distintas a las descritas por los organismos internacionales en países africanos o asiáticos (las hambres «lejanas»), remite a experiencias de sufrimiento que la gente explica como «comer muy poco durante el día», «saltarse comidas», «ceder los mejores alimentos a los niños» o «beber mucha agua para callar el estómago».

19 Sobre la noción de «preocupación» y el papel de los medios ver los capítulos de Josep M. Comelles y Lluïsa Llamero en este libro.

Fuentes hemerográficas

El diario. es (2014, 2013, 2012)
El País (2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009).
La Razón
Mediterráneo Digital
La Vanguardia (2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009)

Fuentes documentales

Cáritas Española (2012). *Memoria Cáritas* 2012. [Consultado el 10/12/2016].

Cáritas Española (2013). *VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social de Cáritas (2013). Empobrecimiento y desigualdad social* [Consultado el 10/12/2016].

FAO (2015). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*. [Consultado 10/12/2016].

Fundación Española de la Nutrición (2013). *Libro Blanco de la Nutrición en España*. Madrid: Fundación Española de la Nutrición. [Consultado 10/12/2016].

Informe Minerva 2014 (2015). *El papel de Internet en la experiencia de compra*. [Consultado el 10/12/2016].

Informe Nielsen 2015 (2015). [No disponible a 12/10/2016].

Malgesini Rey, Graciela (coord.) (2013). *Informe Anual Sobre Vulnerabilidad Social (2011-2012).* Madrid: Cruz Roja Española. [Consultado el 10/12/2016]

Síndic de Greuges de Catalunya (2013). *Informe sobre la malnutrición infantil en Cataluña*. Agosto 2013. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya.

Bibliografía

Antentas, Josep M.; Vivas, Esther (2014). «El Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014.» *Gaceta Sanitaria*, 28 (Supl 1): 58-61. [Consultado el 10/12/2016].

Bom Kraemer, Fabiana; Gracia-Arnáiz, Mabel (2015). «Alimentarse o nutrirse en un comedor social en España: reflexiones sobre la comensalidad», *Demetra*, 10(3): 455-466.

Casadó, Lina; García-Oliva, Montserrat (2014). «Alimentación y pobreza. Vulnerabilidad y procesos de precarización alimentaria en España (2007-2013)». En *Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona: Publicacions URV, 1806-1826 [Consultado el 10/12/2016].

Castells, Manuel (2001). *Internet y la sociedad red*. Lliçó inaugural del programa de doctorat sobre la societat de la informació i el coneixement [Consultado el 10/12/2016].

Cerezo, José M.; Zafra, Juan M. (2003). «El impacto de Internet en la prensa». *Cuadernos. Sociedad de la Información.* Madrid: Fundación AUNA. 3: 1-25 [Consultado el 10/12/2016].

Cortès-Franch, Inma; Gónzalez, Beatriz (2014). «Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014.» *Gaceta Sanitaria*, 28 (Supl 1):1-6 [Consultado el 10/12/2016].

Gracia-Arnaiz, Mabel. (2014). «Comer en tiempos de crisis: nuevos contextos alimentarios y salud en España.» *Salud Pública de México*, 56(6): 648-65.

Gracia-Arnaiz, Mabel; García-Oliva Montserrat (2016). «Carpanta en la era de la abundancia». En García, Julián; Mariano, Lorenzo; Medina, Xavier (eds.), *Alimentación, Internet y redes sociales*. Madrid: UNED (en prensa).

Hoban, Thomas J. (1995). «The construction of food Biotechnology as a social issue». En: Maurer, Donna; Sobal, Jeffery (eds.). *Eating agendas. Food and nutrition as social problems,* Nueva York, Aldine de Gruyter, 189.

Navas-López, Julia; Bernal-Solano, Mariola (2015). «Crisis alimentaria en la población Ecuatoriana de Murcia». En: *IV Congreso Internacional del Observatorio de la Alimentación y la Fundación Alícia «Otras maneras de comer: elecciones, convicciones y restricciones»*. Barcelona, Odela, 1750-1773.

Tapia Granados, José A. (2014). «La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?» *Salud Colectiva*, 10(1): 81-91.

LAS AUTORIDADES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA UE: ¿UN RETO COMUNICATIVO POLIFÓNICO? CREACIÓN INSTITUCIONAL DE SENTIDO EN EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN[1]

Jordi Farré
Jordi Prades
Grupo de Investigación en Comunicación ASTERISC
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: Este capítulo analiza las agencias europeas responsables de los riesgos y beneficios alimentarios desde la comunicación organizacional. A partir de la institucionalización de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), de sus relaciones con las agencias estatales (*focal points*) y del uso de los *social media*, se presentan los retos y oportunidades en el entorno 2.0 *farm to blog*. Está por ver si, con el tiempo, la autoridad y el carisma de la EFSA se consolidan *farm to fork*.

Palabras clave: comunicación organizacional, *sense making*, *social media*, riesgo, EFSA.

Food safety authorities at EU, a polyphonic communicative challenge? Institutional sense making in the process of organizing

Abstract: This chapter analyzes European food safety agencies from an organizational communication perspective. The institutionalization of the European Food Safety Authority (EFSA), its relationship with national focal points and the use of social media are challenges and opportunities in the new environment *farm to blog*. It remains to be seen over time if the authority and charisma of the EFSA are consolidated from *farm to fork*.

Keywords: organizational communication, sense making, social media, risk, EFSA.

1 Publicación derivada del proyecto *FoodRisC* (subvención nº 245124 del *Séptimo Programa Marco de la Unión Europea* (FP7- KBBE-2009-3). IP: Patrick Wall. Nuestro agradecimiento a la Comisión Europea y a todo el equipo del proyecto *Food Risk Communication-Perceptions and communication of food risks/benefits across Europe: development of effective communication strategies*.

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 181–198. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

Los dilemas de la EFSA ante la comunicación organizacional

El estudio de las instituciones alimentarias desde la perspectiva de la comunicación organizacional ofrece grandes posibilidades para su análisis y evaluación. La comunicación es un proceso constitutivo de las organizaciones, clave en la formación de las identidades individuales y colectivas y de los mensajes y significados del discurso institucional dirigido a los públicos (Cooren *et alii*, 2011). Algunas de las premisas fundacionales de la comunicación organizacional inspiran esta aproximación a la institucionalización de la seguridad alimentaria a partir de la irrupción de la *European Food Safety Authority* (EFSA), en proceso organizativo de sus estructuras desde hace más de una década.

Tomando en consideración el estatus poderoso de la autoridad alimentaria europea con sus procedimientos y protocolos, reglas y rutinas, planes estratégicos, organigramas, balances del pasado, programas de futuro e ingentes recursos financieros destinados a su consolidación y reconocimiento, nos proponemos cuestionar la fuerza armonizadora de su capacidad organizativa por la dependencia de multitud de acciones, voces y relaciones que la (re)configuran. En términos de l'*École de Montréal*, «la autoridad» es un asunto «de autores». Ambos términos comparten la raíz latina *auctor*, que significa «ser el autor de», como señalan Taylor y Van Every (citados en Cooren, Robichaud, 2010: 171). En sentido estricto, la EFSA no puede considerarse «la autoridad» de la seguridad alimentaria cuando promueve un acto polifónico y plural en el cual una multitud de voces se amplifican y tratan de ser oídas.

El concepto de «autoridad» chirría en las democracias deliberativas al considerarse una forma de imposición. Aún así se apela a ella para actuar con determinación ante situaciones complejas. Existe la necesidad de concebir democráticamente una autoridad capaz de destinar tiempo, recursos y conocimiento a la toma de decisiones sólidas sobre cuestiones para las que no valen medias tintas: «¡Con la comida no se juega!»

La «autoridad», sin embargo, no se la atribuye uno mismo sino que, como ocurre con el carisma, son el resto de actores implicados quienes se la otorgan a uno. Se trata de una atribución de los otros que se realiza a través de la identidad organizacional y de sus prácticas-acciones de comunicación. Procede pues analizar la comunicación desde una visión en que las organizaciones, de forma a menudo inestable, afrontan la complejidad de las múltiples contingencias que pueden producirse; por ejemplo, al desencadenarse una crisis alimentaria.

Los procesos organizativos de la EFSA: ¿hacia una lógica institucional polifónica?

Las dinámicas organizativas en el ámbito europeo de la alimentación han experimentado una transformación y ampliación sin precedentes. Las expectativas despertadas por la EFSA referidas a la ordenación del sistema alimentario de la UE convierten esta institución en innovadora, en un paso más hacia la *science for politics*, para dotar de autoridad indiscutible e independiente a los expertos al servicio de los *policy-makers*.

El Reglamento CE 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002, establece los principios generales de la legislación alimentaria, crea la EFSA y fija los procedimientos regulatorios de la seguridad en el sector.[2] El capítulo III (artículos 22 a 49) define el cometido y funciones de la EFSA; su organización; funcionamiento; independencia, confidencialidad y transparencia en la comunicación; y otras disposiciones financieras y generales.

Más allá de su ambiciosa definición y puesta en escena institucional, la EFSA debe afrontar nuevos dilemas que giran alrededor de la centralidad del riesgo y de los beneficios, en la era de la globalización, al menos en un triple sentido: 1) a la vez que se convierte en elemento constitutivo del riesgo en su dimensión comunicativa (Horlick-Jones, Farré, 2010), al crearlo definiéndolo normativamente, 2) es garante de su gestión y 3) actor que lo transforma, modificando su significado mediante prácticas organizacionales en torno a su gestión, y a su cálculo experto, en y a través de la comunicación, pero también en referencia al resto de interlocutores involucrados y para con el público en general:

> There is an important debate as to whether or not, or to what extent and in what form, new risks exist. This debate needs to be fostered and, in so doing, new challenges to organizations and society can be identified and new topics for organizational studies of risk can be uncovered….risk is a multi-level phenomenon which is often conditioned, shaped and manifested in institutional as well as organizational forms. By this, we mean that broad types of institutions, such as government, business and education, compose somewhat specific or unique risk domains….Institutions and organizations can thus be conceived fundamentally as risk transformation device (Gephart, 2009: 152).

2 Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:031:0001:0024:ES:PDF> [Consultado el 10/12/2016].

La EFSA, en su evolución marcada por diferentes crisis alimentarias (desde las vacas locas en sus orígenes hasta las más recientes como la del *e.coli* en 2011 y el *horsemeat scandal* de 2013), refuerza el discurso y la acción para garantizar la seguridad alimentaria de la cadena *farm to fork*. Además, trata de incorporar, en todos sus procesos de certificación y supervisión de los protocolos de control, las innovaciones tecno científicas emergentes en el sector alimentario; no solo en términos de riesgo sino también de beneficios para la salud (veánse los procesos de *verification of scientific substantiation of submitted nutrition and health claims*).

Estos cambios institucionales y discursivos han sido actualizados a raíz de diferentes crisis alimentarias, de innovaciones constantes, de la irrupción de nuevas tecnologías de la comunicación y de más actores que han forzado la readaptación hacia una creciente complejidad, imprevisibilidad y alargamiento de la cadena alimentaria en nuestra era global (Loeber *et alii* 2011: 147-55).

En respuesta a todos estos retos dilemáticos, la institucionalización de la EFSA ha construido una arquitectura organizativa compleja y distributiva a partir de la cual marcar unas prioridades de alcance global, de acuerdo y en delegación a los distintos organismos de los estados miembros que actúan también como garantes de la seguridad alimentaria, siguiendo prácticas responsables en cada uno de sus ámbitos de acción.

Tomando en cuenta esta visión hasta cierto punto (des)centralizadora, procedemos a investigar cómo se articula el sistema alimentario europeo en las lógicas comunicativas organizacionales, así como en las medidas impulsadas para la recuperación de la confianza de los consumidores. Desde una apelación constante a la metáfora del consumidor protegido, objeto de atención por excelencia de la EFSA, la misma agencia debe cohabitar con otras potentes imágenes y narrativas como el *unhealthy consumer* o el *moral consumer*, que tensionan la supuesta imagen de neutralidad inclusiva propia del aperturismo de la autoridad negociadora (Farré *et alii*, 2013).

En el despliegue de los procesos organizativos presentamos, en primer lugar, el análisis comparativo de dos documentos-marco: uno define la misión e identidad de la EFSA y, el otro, define las prácticas de coordinación interna con las autoridades de los Estados Miembros. A pesar de su disparidad tipológica y de alcance, ambos documentos se entienden como prácticas organizativas significativas para la EFSA.

En segundo lugar se exponen y comentan algunos de los resultados obtenidos en la investigación europea *FoodRisC* en cuanto a la integración de las redes sociales en las organizaciones.

Se trata de describir estos procesos organizativos para analizar los espacios que la comunicación atraviesa y evaluar hasta qué grado su integración se lleva a cabo de manera constitutiva, contribuyendo en mayor o menor medida a la transformación sustantiva y contradictoria de la organización.

Plan estratégico EFSA (2009-2013), de 2008 / Technical Report Focal Point Activities (2008-2012), de 2014

En el primer caso se trata de un documento (re)fundacional de comunicación externa, o más bien su carta de naturaleza, su máxima expresión de proyección institucional. Datado en diciembre de 2008, da cuenta de las claves y los retos de la estrategia institucional global para el siguiente quinquenio. En el segundo caso, en cambio, se trata de un documento de comunicación interna (*Technical Report*) destinado a la evaluación de aspectos de coordinación institucional con los *focal points* (red de agencias estatales de seguridad alimentaria) para promover las buenas prácticas colaborativas, fundamentales para el mejor gobierno de la «Autoridad».

Se trata de dos balances textuales completos en los que la selección de la información y la memoria institucional se expresan en acciones de comunicación organizacional altamente planificadas y maduradas. Se pretende observar cómo la lógica de la institución piensa la comunicación y cómo es representada constitutivamente en los textos en un ejercicio presente de mirada hacia el pasado y el futuro.

En los propios términos de la EFSA, tomados de su plan estratégico 2009-2013, el refuerzo de la confianza en la propia institución (autoridad), así como en el sistema de seguridad alimentaria de la UE, debe fraguarse en una comunicación más efectiva de riesgos y también en el fortalecimiento del diálogo con los socios y las partes interesadas. La EFSA se asienta en la transparencia y la consulta abierta con todas las partes con la finalidad última de proteger a los consumidores:

> This Strategic Plan has been drawn up after consultation with stakeholders, European Commission, European Parliament, EFSA's Advisory Forum, Member States, European Agencies, the Joint Research Centre and the

> Scientific Committee and was also subject to a public consultation on EFSA's website. It represents an evolving vision of the organisation and tells us where we would like to be in 2013: an organisation that is globally recognised and trusted as the European reference body for risk assessment, that has solid efficient networking with Member States in the fields within its remit, that provides the scientific evidence base that risk managers need in the most effective, timely and appropriate manner, and that delivers real value for the European consumer (EFSA, 2008: 37).

La prospectiva y la retrospectiva se fusionan en una narrativa de legitimación de la institución, obligada a reinventarse una y otra vez a la búsqueda de la transparencia, el diálogo y las responsabilidades compartidas, apelando a su reconocimiento como autoridad de referencia. La importancia de la transparencia en la comunicación, así como de la promoción del diálogo, no deja lugar a dudas en su explicitación discursiva. El subrayado (añadido) destaca los conceptos que apelan al campo semántico de la comunicación:[3]

Targets	*Initiatives*	*Success indicators*
1. Increase confidence in EFSA and the EU food safety system in general	Enhance EFSA's understanding of key "audience needs" and risk perception Expand EFSA's outreach in Member States through Advisory Forum / Focal Point networks and joint "communications initiatives"	Eurobarometer surveys on risk perception and analysis of results Awareness and confidence in EFSA's work assessed by target "audience research"
2. Increased coherence and relevance of "risk communications" messages across the EU	Further develop "communications networks" with European Commission and Member States including early warning "mechanisms and coordination of communications activities" Support development of "tailored messages to national audiences", facilitated by the national Focal Points	Coherence "in risk communication messages" measured through "media monitoring analysis" Relevance of "messages assessed by user/target audience research"

3 (EFSA, 2008: 33)

3. Enhanced "dialogue" with stakeholders	Further develop EFSA's activities with stakeholders Continue "dialogue with stakeholders" on EFSA priorities, work programmes and schedules	Number of "consultations" with stakeholders Regular review of stakeholder activities

Es en el mensaje institucional donde la voz de la EFSA aflora en una de sus narrativas más representativas, tratando de influir deliberadamente en su entorno más amplio.

> In this connection, the idea is sometimes expressed as "institutional voice". Advertising and marketing consultants recommend that organizations find and express their voices in strong institutional messages: condensed narratives that convey the meaning and value they wish an audience to associate with their organizations (Lammers, 2011: 166).

Por otra parte, el *Technical Report* (EFSA, 2014) concluye el balance de los cinco años de existencia de la red de *focal points* en estos términos: «The review concluded that the Focal Point Network is a strong and operational network, meeting the overall objective to strengthen cooperation and networking between EFSA and Member States» (EFSA, 2014: 15).

Las relaciones con y entre los diferentes miembros institucionales nacionales, *focal points*, ilustran cómo se integra la complejidad en el funcionamiento de la EFSA. Se apela tanto a la cooperación científica y al intercambio de información como a explotar las capacidades tecnológicas para mejorar las prácticas de trabajo. El informe técnico subraya las necesidades de coordinación y las potencialidades de las TIC, augurando un futuro repleto de mejores expectativas donde la comunicación juega un rol destacado (subrayado añadido):

> Considering the current state-of-play of the ongoing Focal Point review process and the work carried out by Focal Points in 2013, including the experience gathered over the past six years, the Focal Point priorities for 2014 are:
>
> 1. Continue to improve the quality of the «exchange of scientific information», in particular via the «Information Exchange Platform and email», while exploring other possible «communication tools»;
>
> […]

> 3. Continue to promote EFSA's database of external scientific experts, namely by stimulating the application of new scientific experts (in conferences, «websites», etc.) and the use of the «database» as a cooperation tool at national level;
>
> 4. Continue to expand the national «networks for information exchange» in order to aim covering, as far as possible, all EFSA's remit;
>
> 5. Maintain and further develop Focal Point and national *websites*, along with other *communication activities*, in cooperation with the Advisory Forum *Communications* Working Group members, in order to continue increasing EFSA's and the Competent Authority's' scientific *visibility*;
>
> 6. Contribute to optimise «the information flow» between Advisory Forum members and national representatives in EFSA's Scientific Networks, assuming a coordinating role of such *information flow*;
>
> […]
>
> 8. Support the *promotion* of the 2014 call for EFSA's Scientific Committee and Panels.
>
> (EFSA, 2014: 15)

La responsabilidad de gestionar la transformación de las prácticas de trabajo entre los expertos y cómo deciden organizarse entre ellos incorpora los beneficios de las nuevas formas y opciones de comunicación (véase el análisis sobre los *focal points* en EFSA, 2014: 16-23). Y, entre las debilidades detectadas merece la pena poner atención en las siguientes (subrayado añadido):

> Indirectly linked to the Focal Point Network:
>
> 10. Nature/type of requests - some «information requests» put out to the network are considered by FPs not sufficiently clear (sometimes too specific, others not specific enough) and therefore difficult to understand/address […].
>
> 11. «Communication channels» - there seems to be regular «duplication/ overlapping of information» in the communication channels between FPs and other networks, and as well within EFSA and between EFSA and other EU Agencies and the EC […]
>
> (EFSA, 2014: 21).

Desde una lógica comunicativa en transformación, el análisis de cómo las autoridades alimentarias conciben, inscriben e integran los canales de información con las organizaciones colaboradoras o con los con-

sumidores ofrece muchas pistas, tanto sobre las barreras como sobre los retos y oportunidades en juego, ya sea para las instituciones, como para los consumidores y/o ciudadanos. Los procesos organizativos contribuyen a configurar las agendas institucionales, los temas prioritarios y las formas de trabajo, a la vez que inscriben a la institución en un marco narrativo y discursivo coherente, dotado de sentido (Cooren y Robichaud, 2010).

En la construcción del sentido ante las demandas de los consumidores a través de las redes sociales, las organizaciones receptoras, delegadas de la EFSA, pasan a la acción tratando de organizar una respuesta coincidente y coherente.

El proyecto FoodRisC: ¿Hacia la integración organizativa de las redes sociales?

En el proyecto *FoodRisC* (Barnett *et alii*, 2011) se analizaron las posibilidades (participación e interacción), las dudas (confianza y credibilidad) y los retos (neutralizar información malintencionada, monitorizar los resultados) que plantean los *social media* para la comunicación alimentaria (Rutsaert *et alii*, 2012).

En el ámbito organizacional, se identificaron las barreras y oportunidades que encuentran los consumidores para buscar y conseguir información sobre riesgos y beneficios alimentarios por parte de las agencias oficiales y otras organizaciones *farm to fork*.

Entender cómo estas organizaciones se comunican con los consumidores puede contribuir no solo a mejorar los servicios de atención al público en lo que al uso instrumental de la comunicación se refiere, sino que también aporta información sobre los fundamentos de las propias organizaciones entendidas como proceso comunicativo, como entidades de naturaleza propia en permanente discusión constitutiva.

A partir de 48 entrevistas a profesionales de 31 organizaciones en nueve países de la UE (Alemania, Bélgica, España, Holanda, Irlanda, Italia, Letonia, Portugal y el Reino Unido) se analizó la información que ofrecen las organizaciones, la que reclaman los consumidores y los procesos y canales utilizados por ambos para comunicarse entre ellos.

Las preguntas principales de las entrevistas fueron: ¿qué información buscan los consumidores?; ¿qué información encuentran disponible?; ¿cuáles son los canales y procedimientos que usan los consumidores para

buscar información en las fuentes? y, finalmente, ¿qué comunicación se establece en casos de crisis? Algunas de las respuestas se incluyen en este capítulo como citas textuales, con las respectivas referencias entre paréntesis que indican el país y el número de la entrevista.[4]

Los participantes coincidieron en su mayoría al manifestar que utilizan una gran variedad de canales para difundir y recibir información sobre seguridad y calidad alimentaria, nutrición, salud y otros temas sobre el sector. En este sentido se refirieron indistintamente a los medios tradicionales (publicidad e informaciones en prensa, radio y televisión; correo ordinario, folletos, conferencias), a los medios *online* (correo electrónico y formularios en webs) y a los *social media* o Web 2.0. Los canales más utilizados son, por una parte, el teléfono, el email y las webs y, por otra parte, los *social media.* La comunicación alimentaria *farm to fork* entre organizaciones y consumidores se desplaza progresivamente *farm to blog,* hacia el entorno 2.0: «I suppose traditionally, it would have been by telephone, by letter, that would I suppose have migrated more and more towards email….we still get queries by email, but I'd say that more and more we are getting them via social media….» (IE7).

La gran mayoría de organizaciones utilizan ya los *social media* en mayor o menor medida y muchas de ellas lo hacen activamente, no solo para difundir información sino también para recibir y responder las preguntas y comentarios de los consumidores. Aunque siguen pensando en los *social media* como herramientas de comunicación, más que como instrumentos para transformar las prioridades organizacionales o la filosofía de la propia institución, también la mayoría de organizaciones muestra un fuerte compromiso de atención a los consumidores, incluso cuando no tienen asignada la comunicación con el público como una de sus competencias principales. Pero esta voluntad choca con dificultades económicas y, en ocasiones, con la falta de especialización en comunicación y gestión de los *social media*: «In theory, it is only the media [with whom the organization communicates]; the organization does not have a formal role for the general public. In practice, this works somewhat different, of course […] we are not designed to answer questions from many individuals who call; we cannot handle that» *(NL4).*

4 (IE, Irlanda; ES, España; IT, Italia; NL, Holanda).

Pese a todo, muchas organizaciones se muestran hábiles en el entorno 2.0 y aprovechan las oportunidades para mejorar estratégicamente, además de explotar posibilidades de los *social media* como su alcance, rapidez y capacidad de interacción, especialmente valoradas en momentos de crisis:

> Managing a crisis goes way beyond the communication office; communication, when understood globally, forms part of the management strategy of any organization, it filters down through all levels. We are the tip of the iceberg, but in a departmental meeting every Monday we discuss communication strategies for when there is a crisis like the one that has just happened [EHEC] (ES4).

La forma en que las organizaciones gestionan las preguntas de los consumidores va en la línea de los hábitos comunicativos de la sociedad en general aunque existen todavía algunos miedos, como que la comunicación vía *socia media* sea incontrolable cuando un mensaje con información errónea y/o incompleta se convierta en viral.

Aunque en poco tiempo ha habido grandes y rápidos avances, algunos entrevistados manifiestan que tienen la sensación de que nos encontramos aún en el inicio de una transformación mediática de alcance desconocido y de expectativas prometedoras. Según afirman, este cambio de paradigma en cómo la sociedad se comunica lleva inevitablemente asociado un cambio en las formas de organización y de trabajo en el campo de la comunicación alimentaria:

> I have experienced the entire technological revolution. When I started in 1985 the first releases were sent by telex… When the Internet appeared it was a revolution, for communicators it is the great discovery of the modern age; it connects the whole world in a click. But this brings with it a certain element of servitude and in the case of food crises it can pose risks when you try to transfer information quickly as it must be very carefully checked. The problem is that with the immediacy of social networks people do not wait 24 hours […] of course, in any type of crisis it is better to say 'I don't know' than to say nothing (ES4).

Los consumidores son cada vez más capaces de autoorganizarse y cuentan con nuevas fórmulas de gestión que no requieren de una organización formalmente estructurada. También encuentran sus propias formas y vías de expresar opiniones sobre productos y servicios, a la vez

que de reclamar responsabilidades. La transparencia no es ya una elección sino una obligación y quienes la gestionen correctamente ganarán ventaja.

> It's a nice way; we are talking to people in a much nicer way. I think it's much softer and it's much gentler, and I think that people are a lot more receptive to it… on Facebook, we would put things up with nothing to do with food safety… our name is so strong, you know, it kind of sounds a bit scary, that actually through having a social media, we are showing people, do you know what, actually, we are not that scary, we are very nice people, we are normal people. You know we, it's putting us in a very different light (IE3).

Dado que muchas organizaciones no han tenido todavía la ocasión de utilizar los *social media* para afrontar situaciones de crisis es difícil anticipar cómo gestionar correctamente el tráfico de información que se genera en tales escenarios. Pero los entrevistados perciben que hay que hacer frente a un doble reto, especialmente en Twitter y en Facebook porque, por una parte, el público tiene grandes expectativas y siente la necesidad de obtener respuestas instantáneas y, por otra parte, porque los recursos humanos son limitados y se requiere tiempo y conocimiento para elaborar las respuestas correctas.

> They are often complex technical queries and therefore it is not possible to answer in real time because a scientific evaluation is needed. We do not answer generically; we want the most competent person to have the necessary time make their evaluation, as we really do care a lot about the quality of the answer provided to the user (IT1).

La mayor presión temporal significa que los empleados tienen que trabajar más y más rápido. La rapidez es inherente a los *social media*, donde el flujo de información es constante (Lozano, Lores, 2012). Además de hacer más trabajo en menos tiempo, cualquier organización dirigida al público debe mejorar su capacidad de reunir conocimiento de los consumidores de la forma más proactiva posible. Así se establecen procesos de *crowd-sourcing* y se crea valor:

> A complementary view of responsiveness emphasises the capacity to listen facilitating an understanding of the audience and promoting new ways of engaging. Commitment to listening not only improves the government's ability to react but also enhances its role to create public value. This marks what Vigoda describes as a shift from administrative to collaborative responsiveness. Collaboration not only in terms of increasing direct interactions but also in terms of the government's ability to change behaviours and engage proactively (Panagiotopoulos *et alii*, 2013: 312-13).

En este sentido, se detectan disparidades relevantes entre países en cuanto a los niveles y velocidades de integración organizativa de las redes sociales. Valga el ejemplo de máximos de la *Food Standards Agency* británica para ilustrar que, entre el resto de organizaciones analizadas, decae sustancial y gradualmente la asunción elástica de esta responsabilidad.

Aún así, la mayoría de organizaciones comparten las principales dificultades con que se encuentran en el entorno 2.0: la falta de recursos económicos y humanos; la falta de conocimiento y experiencia en los *social media*; la presión que supone el tener que responder rápidamente aún cuando la respuesta necesita tiempo y conocimientos para ser elaborada; el temor a que comentarios en la red puedan crear pánico o malestar, y el hecho de que haya gente que no piense dos veces antes de decir algo. Estas barreras refuerzan en buena medida los resultados de análisis previos del proyecto *FoodRisC* sobre los *social media* (Farré *et alii*, 2012; Rutsaert *et alii*, 2012).

Las nuevas formas de comunicación transforman las lógicas organizativas. Los *social media* están integrados en el funcionamiento de las organizaciones y su carácter informal ha ido cobrando formalidad en entornos empresariales e institucionales, a partir de una política de aplicación práctica para su uso conveniente y efectivo. La comunicación formal e informal es clave en cualquier organización. La irrupción de las redes sociales se asoció en principio a un tipo de comunicación informal, interpersonal y horizontal, siendo evaluada por las lógicas organizativas como una potencial barrera. Sin embargo, el uso generalizado de estas nuevas formas de comunicación obliga a las organizaciones a considerarlas como un potencial canal efectivo para la gestión de la información y para su transformación organizacional en un futuro cada vez más cercano.

Aunque, pese a las potencialidades de inmediatez, ubicuidad y simultaneidad que ofrecen las redes sociales, las organizaciones complejas se encuentran con interferencias tan «mundanas» para el mero intercambio de información como las que cita el informe técnico sobre los *focal point*:

> Approximately half of Focal Points have shared planned work and activities with other Member States and EFSA during the course of 2013, contributing to a more coordinated planning of risk assessment and data collection activities in the EU. The key reasons mentioned by Focal Points for not having shared information on planned activities were: (1) information was not available at national level; (2) information is already shared on national websites; (3) country has undergone organisational changes; (4) information is only for internal use; (5) information is in a format that is not possible to be shared (EFSA, 2014: 1).

Pese a todo, las organizaciones consideran que los canales que utilizan son suficientes, efectivos y seguros en términos de recursos invertidos y de acceso a la información de calidad que ofrecen. Así, a pesar de que la interacción con los consumidores no es una prioridad u objetivo para muchas de las organizaciones de seguridad alimentaria, intentan satisfacer a los consumidores y asumir la gestión de sus necesidades comunicativas. Gracias a las redes sociales se puede acceder directamente a ellos, al menos idealmente:

> Social media tools offer the potential to enforce some of the key principles advocated for effective food risk and benefit as well as food crisis communication. There is no doubt that the rapid rise and extensive use of social media and social networking can provide an extension to traditional methods of communication. […] The use of social media will not be the answer for all communication difficulties but there are domains like crisis communication and interaction with consumers where one cannot ignore its possible benefits anymore (Rutsaert *et alii*, 2014: 92).

Discusión

La respuesta que hemos argumentado gira alrededor de la viabilidad de la EFSA. Los casos del plan estratégico, el informe técnico y el uso de los *social media* ilustran cómo la institución comunica y es comunicada. Tiene que ver, en primer lugar, con la centralidad de la comunicación en su retórica institucional. Podría afirmarse que la comunicación es un actor principal de la narrativa institucional y, por lo tanto, clave para entender el posicionamiento e identidad de la organización. En segundo lugar, los problemas de la comunicación se explican en sus propias acciones intraorganizativas y de relación con las audiencias, donde aparecen constitutivamente ligados a la imagen que quiere transmitir como institución. En último lugar, se argumenta que la forma de comunicar de la EFSA se engrana con la interpretación y la memoria de la institución que, en su corto período de existencia, es un buen ejemplo para la investigación estratégica de la comunicación organizacional.

En el recorrido por las prácticas organizativas de la Agencia se explicita una clara apuesta por profundizar en la comunicación tratando de resolver los problemas que genera. Se observa hasta qué punto el éxito de una organización compleja no puede obviar la importancia de

sus acciones organizacionales y cómo, en buena medida, la institución se constituye alrededor de la centralidad de la comunicación. Más allá de los problemas operativos, de la comunicación en minúsculas, instrumental (gestión organizativa de la información, básicamente organización de la comunicación), se atisban mayores retos asociados a la comunicación en mayúsculas, constitutiva (procesos definitorios de identidad y transformación institucional que implican valores propios de la comunicación organizacional).

La construcción de sentido de la EFSA se expresa en y a través de sus procesos organizativos, que se convierten en su propia razón de ser. En su mundo organizacional prevalece un espacio para la improvisación, para su re-programación ante lo imprevisto, lo inesperado, lo accidental. Su constitución responde a estas múltiples traducciones e interacciones (Cooren, Robichaud, 2010: 173-74).

Los informes de asesoría o los programas marco de investigación lanzados por la Comisión Europea que priorizan temáticas sobre la transformación del ecosistema de comunicación y de las relaciones con los consumidores (véase el ejemplo de *FoodRisC*) constituyen una amplia base de datos relevante, en forma de *inputs*, para el proceso de toma de decisiones informadas. Estos proyectos también contribuyen a la construcción de sentido de la institución, más allá del necesario uso instrumental de la comunicación a que se refieren elaboradas *guidelines* de la propia EFSA.[5]

En suma, además de un aumento potencial de las audiencias a las cuales dirigirse nos encontramos también con un aumento extraordinario de las formas de comunicación. Al igual que el público objetivo se amplía —de las audiencias de los medios de comunicación a los ciudadanos y/o consumidores en particular—, también aumenta la tipología de mensajes, formatos y situaciones comunicacionales. Por activa o por pasiva, la institución de la seguridad alimentaria europea experimenta un desbordamiento comunicativo en pro de una transparencia y un diálogo que encajan con su carácter de autoridad polifónica.

Las prácticas organizativas sobre comunicación son clave para la proyección de la institución en la gestión de la información o en la relación con, y la atención hacia, los ciudadanos/consumidores; pero la comunicación atraviesa y engloba estas mismas prácticas.

5 <http://www.efsa.europa.eu/en/corporate/doc/riskcommguidelines.pdf> [Consultada el 11/2/2016].

> Thus, at the organizational level, the institutional message communicates the core meaning of an organization to internal and external audiences. In addition, the institutional message is understood as aligning an organization's activities and image with rules established its environment, quite consistent with the observations of institutional theory (Lammers, 2011: 167).

La gobernanza multinivel de una institución tan extremadamente compleja como la EFSA ofrece, en consecuencia, una alternativa al valorar prioritariamente el carácter constitutivo de la comunicación para con su identidad narrada, su *storytelling*. Existen distintos planos de análisis en los que los procesos de comunicación engloban significados polisémicos pero, en cualquier caso, claves en el día a día de las acciones organizativas de la EFSA, y retrospectivos para su interpretación, memoria, transformación y estrategia global como institución de referencia en la seguridad alimentaria.

En el plan estratégico se reconoce la polifonía reinante en los principios de la incertidumbre y el cambio como inherentes a su propia idiosincrasia. Esta fragilidad conlleva un hacerse constante de la institución con multiplicidad de formas de comunicación: ahí reside el giro desde su aparente fragilidad organizativa hacia su solidez institucional multivocal.

Conclusión

En la sociedad de la comunicación, evitar o resistirse a tratar con las dinámicas cambiantes no son buenas estrategias para interactuar, compartir conocimientos e innovar en lo organizativo.

En una polifonía discursiva donde el análisis de las múltiples relaciones emerge desde una visión constitutiva de la comunicación (Bouillon, 2008), la EFSA trata de hacer oír su voz autorizada mediante mensajes institucionales y prácticas organizativas y discursivas. Su cultura organizacional se inscribe en un proceso de cambio con grandes implicaciones. El entorno comunicativo abraza desde la (re)configuración de la misión y el lideraje institucional (véanse la adaptación hacia la transparencia, el dialogo, la apertura, etc.), hasta la flexibilidad distributiva, laxa en la coordinación interna (véanse las relaciones con los *focal points*), y las formas emergentes de relación (véanse los *social media*). En todos estos dilemas la organización trata de sumar puntos comunes, bajo una presión creciente,

a la búsqueda de una adaptación comunicativa ineludible a partir de los procesos organizativos y su transformación.

Está por ver si, con el paso del tiempo, la autoridad y el carisma de la EFSA se consolidan institucionalmente a través de sus prácticas organizativas y si cuenta con el reconocimiento *farm to fork*. Pero, en cualquier circunstancia, deberá recurrir a la comunicación organizacional para trazar el camino como institución de referencia frente a los dilemas y retos a superar.

Bibliografía

Barnett, Julie; Mcconnon, Áine; Kennedy, Jean *et alii* (2011). «Development of strategies for effective Communications of food risks and benefits across Europe: Design and conceptual Framework of the FoodRisC project.» *BioMed Central Public Health*, 11(308): 1-19.

Bouillon, Jean-Luc (2008). «L'impensé communicationnel dans la coordination des activités socio-économiques. Les enjeux des approches communicationnelles des organisations.» *Sciences de la societé*, 74: 65-83.

Cooren, François; Kuhn, Timothy; Cornelissen, Joep P.; Clark, Timothy (2011). «Communication, organizing and organization: an overview and introduction to the special issue.» *Organization Studies*, 32(9): 1149-1170.

Cooren, François; Robichaud, Daniel (2010). «Les approches constitutives». En Bonneville, Luc; Grosjean, Sylvie (eds.), *La communication organisationnelle. Approches, processus et enjeux*. Montréal: Chenelière education, 140-175.

EFSA (2014) *Focal Point Activities 2013 supporting publication 2014*. [Consultado el 10/12/2016].

EFSA (2008) *Strategic plan of the European Food Safety Authority for 2009-2013*. [Consultado el 10/12/2016].

Farré, Jordi; Prades, Jordi; Gonzalo, Juan L. (2013). «The mediatization of the food chain in networked times.» *Catalan Journal of Communication and Cultural Studies*, 5(2): 163-182.

Farré, Jordi; Gonzalo, Juan L.; Lores, Mònica *et alii* (2012). «Comunicación de riesgos y seguridad alimentaria en la era 2.0.» *El profesional de la información*, 21(4): 381-384.

Gephart, Robert P.; Van Maanen, John; Oberlechner, Thomas (2009). «Organizations and risk in late modernity.» *Organization Studies*, 30(2-3): 141-155.

Horlick-Jones, Tom; Farré, Jordi (2010) «On the communicative constitution of risk objects in mediated times.» *Catalan Journal of Communication and Cultural Studies*, 2(2): 131-143.

Lammers, John C. (2011) «How Institutions Communicate: Institutional Messages, Institutional Logics, and Organizational Communication.» *Management Communication Quarterly*, 25(1): 154-182.

Loeber, Anne; Hajer, Maarten; Levidow, Less (2011). «Agro-food crisis: Institutional and discursive changes in the food scares era.» *Science as Culture*, 20(2): 147-155.

Lozano, Natàlia; Lores, Mònica, (2012) «La gestió comunicativa de la seguretat alimentària a la Unió Europea: l'ús institucional dels mitjans de comunicació social.» *Periodística*, 14: 59-72.

Panagiotopoulos, Panos; Barnett, Julie; Brooks, Laurence (2013) «Social media and government responsiveness: the case of the UK Food Standards Agency.» En: IFIP 8.5-12th *Conference on Electronic Government* (eGov 2013). [Consultada el 10/12/2016].

Rutsaert, Pieter; Regan, Áine; Pieniak, Zuzanna *et alii* (2012). «The use of social media in food risk and benefit communication.»*Trends in Food Science & Technology*, 30: 84-91.

Rutsaert, Pieter; Pieniak, Zuzanna; Regan, Áine *et alii* (2014). «Social media as a useful tool in food risk and benefit communication? A strategic orientation approach.» *Food Policy*, 46: 84-93.

PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS SALUDABLES DE VIDA PARA COMBATIR LA OBESIDAD. *MARKETING* SOCIAL Y COMUNICACIÓN 2.0 EN EL PROYECTO *EUROPEAN YOUTH TACKLING OBESITY* (EYTO)[1]

Jordi Prades-Tena[2 3], Helle Kettner-Høeberg[2], Magaly Aceves-Martins[4], Montse Giralt[4], Elisabet Llauradó[4], Ignasi Papell-Garcia[5], Lucía Tarro[4], Rosa Solà[4 6]

Resumen: El proyecto *European Youth Tackling Obesity* (EYTO) ha formado adolescentes en nutrición, salud y comunicación para promover estilos saludables de vida a través de campañas de *marketing* social creadas por y para adolescentes. El proyecto ha desarrollado dos herramientas prácticas —una guía para que los profesionales puedan reproducir proyectos de este tipo, y recomendaciones generadas por adolescentes para sus compañeros—, útiles para realizar intervenciones de *marketing* social para mejorar los estilos saludables de vida de los adolescentes.

Palabras clave: *marketing* social, redes sociales, *youth-led, peer-to-peer*, obesidad juvenil, adolescentes, estilos saludables de vida.

1 El proyecto EYTO se ha financiado con fondos de la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea en el marco del *2nd Health Programme* 2008-2013, El informe de evaluación final del proyecto, de Evangeline Amalathas y Katie Rix, ha contado con la participación de Amy Davies. Puja Joshi, Vanessa Grene, Joanna Lea, Eliza Buckley y Ámy Edwards (NCB); Dagmar Skupová (Komunikujeme); Fabiana Gomes (Companhia de Ideias) e Ignasi Papell (CTNS-TECNIO).

2 Grupo de Investigación en Comunicación asterisc.

3 *Medical Anthropology Research Center*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

4 Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud urv; *Health Education and Promotion*.

5 Centro Tecnológico de Nutrición y Salud (CTNS-TECNIO).

6 NFOC group, Servei de Medicina Interna, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, URV, CIBER *Diabetes and Associated Metabolic Disorders* (CIBERDEM), Reus, Spain.

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 199–223. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

Healthy habits and life style promotion to fight obesity. social marketing and communication 2.0 in the project european youth tackling obesity (EYTO)

Abstract: The project *European Youth Tackling Obesity* (EYTO) has trained teenagers in nutrition, health and communication in order to promote healthy life styles through social marketing campaigns created by and for the teenagers themselves. The project has developed two practical tools —a guide for professionals and recommendations for teenagers— useful to carry out social marketing interventions to improve the teenagers' healthy life style.

Keywords: social marketing, social media, youth-led, peer-to-peer, obesity, adolescents, healthy lifestiles.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad en niños y adolescentes es predominante en Europa y especialmente en los países del sur del continente. En concreto, las cifras de sobrepeso y de obesidad juvenil oscilan entre el 24-57% en chicos y entre el 21-50% en chicas (OMS, 2014). Además, los jóvenes europeos dedican cada vez más tiempo libre a actividades sedentarias (Papandreou *et alii,* 2010) lo que, sumado al hecho de que reducir la obesidad es difícil una vez adquiridos ciertos hábitos que contribuyen a su desarrollo, ha creado una creciente consciencia social acerca de este problema de salud de alcance global (Baker *et alii*, 2010; Bodzsar *et alii*, 2014; Kakinami *et alii*, 2012).

Según Lobstein *et alii* (2015), con la modificación de los hábitos alimentarios y de actividad física diaria es posible prevenir o reducir el riesgo de obesidad y sobrepeso. Para conseguirlo, desde las autoridades de salud pública se impulsa la creación de proyectos y campañas de intervención a una edad temprana. Diversos programas de promoción de la salud infantil y juvenil ponen de manifiesto que el fomento de hábitos y estilos saludables de vida entre los jóvenes es una prioridad en las políticas de salud pública de los Estados Miembros de la Unión Europea (UE).

El proyecto *European Youth Tackling Obesity* (EYTO) es uno de estos proyectos que focaliza su atención en la problemática presentada. Liderado por el *National Children Bureau* del Reino Unido (NCB, organización benéfica que trabaja para mejorar la vida de los niños y jóvenes y para reducir las desigualdades), el proyecto EYTO transciende barreras cultu-

rales al implicar a participantes de otros tres estados miembros de la UE: Komunikujeme (especializada en formación y desarrollo de programas educacionales y de salud para jóvenes en la República Checa); Companhia de Ideias (una agencia de comunicación portuguesa) y, en España, el Centro Tecnológico de Nutrición y Salud (CTNS), especializado en alimentación funcional. El proyecto EYTO describe «el problema» en los términos siguientes:

> 22 million children in the EU are overweight or obese. It is a significant public health challenge for all the countries represented in the EYTO partnership. It affects one in three children in the UK, almost half of 10-18 year olds in Portugal, over half of 5-17 year olds in Spain, and over a third of 6-17 year olds in the Czech Republic (World Obesity Federation). Obesity can cause a range of chronic health problems including diabetes, heart disease, and cancer. It is also linked to low-self esteem, poor educational outcomes, and reduced overall life chances (Reilly, J.J). It is a major health inequality; young people from low-income groups are at particular risk – this is connected to low levels of health education, parental obesity, lack of green space and opportunities to be physically active, and the financial cost of eating healthily. Aggressive marketing of unhealthy food to children and young people and the number of cheap takeaways in deprived areas are also important factors.[7]

El proyecto EYTO se desarrolló, entre septiembre de 2013 y septiembre de 2015, con el objetivo principal de mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes mediante la promoción de estilos saludables de vida relacionados con los hábitos nutricionales (aumento del consumo de fruta y verdura) y la actividad física (aumento de la horas de actividad física a la semana), para prevenir la obesidad entre los jóvenes vulnerables de entre 13 y 18 años residentes en áreas socioeconómicamente desfavorecidas. Otros objetivos fueron motivar a los jóvenes a llevar una vida sana y contribuir a reducir las causas modificables de la obesidad y las desigualdades en salud entre los jóvenes (Llauradó *et alii*, 2015).

Los objetivos relacionados con la comunicación fueron: aumentar la participación de los adolescentes en el desarrollo de intervenciones de *marketing* social; aumentar la confianza, las habilidades y el conocimiento de los participantes en *marketing* social y en comunicación; y elaborar una guía de buenas prácticas y un *kit* de herramientas replicables en los Estados Miembros de la UE.

7 <http://www.eyto.org.uk/about/the-problem/> [Consultada el 12/10/2016]

Las particularidades del proyecto EYTO son que se desarrolló a través de cuatro campañas de *marketing* social, una en cada uno de los países participantes, y que dichas campañas fueron diseñadas e implementadas por cuatro grupos de adolescentes creadores de retos, también llamados *adolescents campaing creators* (ACCs).

> What made EYTO different from other projects was the youth-led and peer-to-peer approach that placed young people at the centre of project development and delivery, and in charge of decision-making and direction of the project. It gave young people involved in the project, Campaign Creators, to meet, learn from, and work with professionals for the purpose of shaping project activities and outcomes (Amalathas, Rix, 2015: 74).

El *marketing* social es, según la clásica definición de Kotler y Zaltman (1971: 4) «the analysis, planning, implementation, and control of programs designed to bring about desired exchanges for the purpose of personal or mutual gain». Se trata de una definición en evolución (Smith, 2000) a partir de las aportaciones de diversos autores (Houston, Gassenheimer, 1987; Andreasen, 1995; Grier, Bryant, 2005) que han incorporado nuevos elementos al *marqueting* social, objeto también de crítica: «Social marketing, therefore, is simply the old simplistic health promotion approach to persuasion dressed up in marketing jargon about products and consumers» (Lupton, 1995: 112).

Según el *National Social Marketing Centre* del Reino Unido,[8] el *marketing* social incluye consideraciones sobre ocho criterios básicos (entre paréntesis, los tenidos en cuenta en el proyecto EYTO): comportamiento (estilos saludables de vida), orientación a la población diana (adolescentes), basado en una teoría del comportamiento (*youth empowerment*), encontrar la motivación de la población diana (preferencias de los adolescentes), intercambio (coste-beneficio de cada uno de los comportamientos a cambiar), competición (análisis de las barreras internas y externas para cambiar los comportamientos propuestos), segmentación (alumnos de primero a cuarto de ESO), y el uso de variedad de métodos (*marketing mix*: informar, educar, planear y dar apoyo).

8 <http://www.thensmc.com/sites/default/files/benchmark-criteria-090910.pdf> [Consultado el 10/12/2016].

Las intervenciones basadas en el *marketing* social se han revelado como herramientas útiles para modificar comportamientos y contribuir a prevenir la obesidad (Gracia-Marco *et alii*, 2012) mediante la promoción de hábitos y estilos saludables de vida. Aunque hay todavía camino por recorrer: «Whilst youth-led social marketing campaigns have been successfully developed on other health topics, the potential to use this technique to tackle obesity has yet to be realized. Research also highlights the need to actively involve young people in the design and delivery of such campaigns to achieve positive behaviour change».[9]

En este sentido la implicación directa, activa y periódica de los ACCS ha sido constante, dada la orientación de una educación de «igual a igual» 'youth-led based approach' del proyecto EYTO. Esta educación horizontal, entre iguales y cercana, ofrece mayores posibilidades de aproximación a los jóvenes, que durante la adolescencia desarrollan su personalidad y su relación con la comida en lo que fundamentalmente es un conflicto «about the moral project of the self», según Pike y Kelly (2014). "I have always thought about healthy lifestyles only in one way – how to lose weight. Now I see that it's more complex. It's also about your motivation, about your emotions and your whole life» (EYTO Young Campaign Creator).[10] El proyecto EYTO continúa definiendo el «problema»:

> The teenage years are pivotal in determining the longer term risk of obesity, and as our behaviours are harder to change as we get older, provide a vital window of opportunity to help young people develop healthier lifestyles. As children become teenagers and gain greater independence, they experience new freedoms that can influence their weight – from being able to spend pocket money, eating out with friends to using social networking sites, on which they encounter adverts for junk food. Not enough attention has been given to supporting young people at this point of transition to counter negative pressures and make healthy lifestyle choices.[11]

Entre los múltiples factores culturales y socioeconómicos que influencian a los jóvenes se encuentran la publicidad (Livingstone, Helsper, 2006) y los medios de comunicación, que dotan a la comida de significados y atributos relacionados con la personalidad:

9 <http://www.eyto.org.uk/about/the-problem/> [Consultada el 10/12/2016].

10 <http://www.ncb.org.uk/media/1210387/eyto_interim_summary_of_learning.pdf> [Consultada el 10/12/2016].

11 http://www.eyto.org.uk/about/the-problem/> [Consultada el 10/12/2016].

> Ever since the consumer society became popularised through the mass media, the food industry has played a central role in television and advertising. Food communication has simultaneously become increasingly important, not only in how it affects consumer purchasing habits but also because food has acquired new attributes and has now become a lifestyle choice *(*PRADES *et alii*, 2014: 2).

El *marketing* social se nutre de aportaciones de distintas ciencias sociales como la psicología, la sociología, la antropología y la comunicación (GORDON *et alii*, 2006). Para uno de los ACCs, es simplemente: «I think it refers to activities design to give common people a knowledge, which at the same time will be transferred to other common people. For example, we did it on people of our age, and we intended to adapt this knowledge to pass it to them» *(Campaign Creator, Spain) (*AMALATHAS y RIX, 2015: 27*).*

Pero desde una visión constitutiva, la comunicación incluye diversas de sus expresiones —periodismo, comunicación audiovisual, publicidad, relaciones públicas— y las hibridaciones entre ellas y con el *marketing* social. En sus múltiples formas, la comunicación es clave en las políticas de salud pública (KREPS y MAIBACH, 2008). En el caso alimentario, el significado de los riesgos y beneficios se define a través de procesos comunicativos y organizativos en los que intervienen múltiples actores *from farm to fork* (FARRÉ y BARNETT, 2013). La obesidad es, comunicativamente hablando, un riesgo, por lo que «responsible communication is essential for receivers not to be treated as mere consumers in a commoditized environment, but as responsible citizens capable of making well (in)formed consumption decisions» (PRADES *et alii,* 2014: 4*).* Así se manifestó uno de los *stakeholders* del proyecto EYTO:

> Need to invest in children and young people - not just money but time and support. Need to involve and understand children and young people better so that we can tackle the obesity issue better. They need to be involved, make decisions and be part of the decision-making process. They need to be in it (Communications professional, UK) (AMALATHAS, RIX, 2015: 87).

Comunicación alimentaria en el entorno 2.0

Las tecnologías de la información y la comunicación han modificado el modelo jerárquico, vertical y lineal de producción, transmisión y recepción de mensajes, y lo han substituído por un modelo horizontal y mul-

tidireccional, más democrático. Actualmente, cualquier usuario de la *web* 2.0 y de dispositivos móviles puede generar y recibir contenidos y convertirse así en un *prosumer*, en un productor y consumidor de información y de comida, compartiendo, por ejemplo, recetas en los *social media*. Periodistas profesionales, *hobby bloggers* y *expert bloggers* compiten en el escaparate alimentario 2.0 (Prades *et alii*, 2014).

El uso de Internet y de los dispositivos móviles está cada vez más extendido entre los jóvenes. En España, según INJUVE (2011), casi el 82% de los jóvenes de entre 15 y 19 años accedió a Internet al menos una vez al día y casi el 30% lo hicieron a través de su teléfono móvil. Las redes sociales más visitadas fueron *Tuenti* y *Facebook* (Lozano *et alii*, 2015).

Los *social media* ofrecen múltiples ventajas y posibilidades relacionadas con la capacidad de segmentación y alcance (rapidez y bajo coste, posibilidad de incluir fografías, sonido y vídeo), la creación de comunidades digitales, la interacción y la participación de y con la audiencia (Farré *et alii*, 2012: 383-384). Aunque en ocasiones el contacto directo es más valorado:

> I think it is to be able to engage with the people and get your message across. I think it is easier to get your message across face-to-face rather than through social media (*Campaign Creator*, UK) (Amalathas, Rix, 2015: 24); Easier to advertise maybe on social media but it's harder to get them to change them to change behaviour or anything or relate to them. Easier to do that in person (*Campaign Creator*, UK) (Amalathas, Rix, 2015: 28).

Probablemente, porque el entorno 2.0 presenta también sus riesgos. La falta de recursos es una amenaza ante la necesidad de invertir continuamente en personal y formación para mejorar la comunicación con el público (Rutsaert *et alii*, 2014). La pérdida del control sobre el mensaje coincide con los temores expresados ante la ausencia de filtros en un entorno comunicativo abierto a la participación de cualquiera y con un importante componente emocional. Otras reservas sobre los *social media* son la baja confianza en las fuentes de información *online*, la ausencia de filtros que garanticen una información veraz, la privacidad y protección de datos, la asociación de los *social media* con el ocio y la publicidad, y la sobresaturación (*infoxication*), que diluye los mensajes en la red. Los usuarios prestarán atención a los mensajes si les parecen interesantes, no por el hecho de encontrarlos en los *social media* (Farré *et alii*, 2012): «There is certainly a difference between somebody who will come to make some

sport or for a lecture and somebody, who is just reading all the stuff at Facebook page» *(Campaign Creator, Czech Republic)* (Amalathas, Rix, 2015: 28).

En el complejo y dinámico entorno 2.0, en el que múltiples voces tratan de ganar notoriedad e imponer sus mensajes: «Social marketers face challenges such as increased numbers and types of health issues competing for the public's attention; limitations on people's time; and increased numbers and types of communication channels, including the Internet» (Douglas, 2006: 1207).

Las campañas Look Up, Nebuď pecka, Luta por ti y Som la pera

En cada país se seleccionó un grupo de jóvenes para participar en el proyecto EYTO como ACCs y liderar las campañas. Antes de diseñarlas, los jóvenes participaron en sus respectivos *focus group*, en los que expusieron cuestiones relativas a las actividades que realizaban en su tiempo libre, a su consumo mediático y alfabetización digital, a sus experiencias previas en la organización de actividades y trabajo en equipo y a su predisposición y confianza en cuanto a la realización de actividades (Lozano *et alii*, 2015). Los *focus group* se repitieron a la mitad y al final del proyecto.

En el caso de *Som la pera*, los ACCs también recibieron una primera sesión formativa general de cuatro horas sobre hábitos y estilos saludables de vida, *marketing* social y comunicación para la salud, además de 24 sesiones formativas de una hora y media cada una a lo largo del proyecto EYTO (12 sesiones por curso académico). En estas sesiones, los responsables del proyecto en España (CTNS), junto a especialistas de la salud (médicos y nutricionistas de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Reus, URV), y profesionales del Departamento de Estudios de la Comunicación, proporcionaron conocimientos a los jóvenes sobre promoción y educación para la salud, estilos saludables de vida y *marketing* social, y les introdujeron, asesoraron y orientaron en el manejo de las herramientas de comunicación 2.0 (Llauradó *et alii*, 2015).

Tras las respectivas sesiones de formación iniciales, cada uno de los cuatro grupos (formados por entre 3 y 6 jóvenes de entre 13 y 16 años) empezó a diseñar su propia campaña de *marketing* social para el proyecto EYTO:

- *Look Up*: En el Reino Unido, la campaña se centró en los aspectos más emocionales de los jóvenes para trasmitir la idea que llevar una vida más sana te hace sentir mejor contigo mismo y, por tanto, ser más positivo y feliz. La agencia de comunicación social y *marketing Audience* y un grupo de psicólogos colaboraron con los ACCs en el desarrollo de la campaña, diseñada para motivar y crear aspiraciones.
- *Nebuď pecka*: La campaña en la República Checa utiliza el lema «¡Muévete!» para concienciar a los jóvenes de la importancia de llevar una vida activa y de motivarse para superar retos y alcanzar metas en la vida. Está diseñada por cinco ACCs de tres escuelas distintas y por un grupo de expertos de Komunikujeme.
- *Luta por ti*: Jóvenes ACCs del Centro Nacional Scout de Portugal y la Companhia de Ideias idearon esta campaña basada en la responsabilidad de los jóvenes en la elección de estilos saludables de vida y en diversos eventos relacionados con la alimentación.
- *Som la pera*: Los cinco ACCs participantes, alumnos de dos institutos de Reus, constituyeron el *Pera Team* y diseñaron diversos retos a lo largo de la campaña, que implementaron con el apoyo del CTNS, de seis profesionales de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la URV y del Hospital Universitario Sant Joan de Reus, y de ocho miembros del Departamento de Estudios de Comunicación de la URV y de la Cátedra Internacional de Excelencia en Comunicación URV/Repsol.

Por su alcance internacional, el proyecto EYTO ha incentivado el intercambio de conocimientos entre países, uno de los puntos más valorados por los jóvenes participantes. En octubre de 2014 los cuatro equipos de jóvenes ACCs participantes en el proyecto se reunieron durante un fin de semana en el LIFT Youth Centre de Londres para presentar sus respectivas campañas, compartir experiencias sobre su desarrollo, los procesos de toma de decisiones y exponer las actividades realizadas hasta la fecha, entre las cuales: promoción del proyecto entre las autoridades locales y la comunidad (educativa, sanitaria, vecinal, asociativa, etc.); organización de eventos relacionados con la actividad física y la alimentación saludable (pruebas deportivas, gincanas saludables, talleres nutricionales, concursos gastronómicos y de *selfies*); difusión de las campañas en actos públicos y mediante los medios de comunicación clásicos y 2.0; diseño de material

gráfico y audiovisual de cada campaña (logotipos, pósters, carteles, exposiciones fotográficas, folletos, bolsas, chapas, vídeos, etc.); publicación de artículos en la prensa generalista y en revistas especializadas y conferencias en congresos, etc.[12]

Durante el encuentro los jóvenes trabajaron en grupos mixtos para potenciar el intercambio de ideas y plantear nuevos retos. Tras una autoevaluación, los grupos de cada país programaron el resto de actividades a realizar hasta el final del proyecto, en el caso de *Som la pera*: participación en la *Setmana de la Ciència* con una presentación en el Teatro Bartrina de Reus[13] y un estand en la feria *Tastets de Ciència*; participación en la jornada «Jóvenes y estilos saludables de vida», organización del concurso de elaboración de tapas saludables *PeraXef Spring Edition* en el Mercat Central de Reus y preparación del segundo encuentro de todos los grupos, que tuvo lugar en abril de 2015 en Reus. En él se expusieron las actividades realizadas desde el encuentro anterior y se identificaron los elementos más relevantes y exitosos de cada campaña, sus posibilidades de ser replicados en otros países y los planes de diseminación de los resultados.

A continuación, se reproducen los siguientes elementos clave de cada una de las campañas: mensaje, reto, percepción, solución, impacto y perfiles en las redes sociales.

12 En 2015 el proyecto se presentó en: *a)* la Escola de Salut Pública de Menorca; *b)* la EiPP (<http://www.eyto.org.uk/media/1043/eyto-poster-for-nice-conference-final.pdf>) [Consultada el 10/12/2016] y *c)* en la Excellence in Paediatrics Conference (<http://www.eyto.org.uk/media/1053/eyto-pivotol-insight-tool.pdf>). [Consultada el 10/12/2016].

13 <http://youtu.be/SkRT0kfAt1A> [Consultada el 10/12/2016].

Tabla 1. Campaña del proyecto EYTO en el Reino Unido[14]

LOOK UP *London Borough of Islington, England*	Designed to motívate and be aspirational, Look Up is about living a healthy life to feel good
Key message	Challenge yourself to get active + try new healthier foods
Challenge	The prevalence of overweight and obesity amongst young people within Islington remains high; particularly for those living in the most deprived areas and who are from Black and Minority Ethnic groups. Some local risk factors include; limited availability of high quality, affordable healthy food in local neighbourhoods, exposure to unhealthy food is high with 139 takeaways per 100,000 people living in Islington; and children in Islington have reduced opportunity to access to green space where they can be physically active, with on average only $4.8m^2$ to play in, which is below the London recommendation of $10\ m^2$. (Islington Evidence Hub, 2013).
Insight	Young people are more motivated by the positive impact of healthy habits on their life and appearance than their blood pressure and Body Mass Index [BMI]. Health is a means to an end, enabling young people to live their lives to the full.
Solution	Working with NCB, a leading psychologist and social marketing experts, a group of young people living in Islington devised the 'Look Up' campaign. 'Look Up' represents what big, positive things can happen when you make small changes to your lifestyle. Linked to pop up events young people provide a space to open up conversation with their peers about what health means to them, and how to get motivated to make positive changes.
Impact	'Look Up' is entirely managed by local young people and was launched via Facebook and Twitter pages, which they use to post content such as tips and challenges. 'Look Up' has been well received by local stakeholders and is supported by the youth service and public health team; it is beginning to change young lives across Islington.
Contact / Social Media	adavies@ncb.org.uk | facebook | twitter

14 <http://www.eyto.org.uk/about/the-campaigns/look-up/> [Consultada el 10/12/2016].

Tabla 2. Campaña del proyecto EYTO en la República Checa[15]

NEBUD' PECKA Prague, Central Bohemia, Czech Republic.	"Don't be lazy", in the literal sense "Don't be a seed". In the Czech language a seed also means something immobile, waiting to be active.
Key message	Discover new knowledge on healthy lifestyles and try new types of physical activity, prepared by young people for young people.
Challenge	In the Czech Republic obesity is growing among the general population (currently half of the population struggles with being overweight, 20% obese). In the Nebud' Pecka focus area (Dobříš, Central Bohemia), this serious phenomenon is combined with a high proportion of lower-income families, facing higher risk of junk cheap food eating and lower availability of public places in which to be physically active. We have also discovered basic information deficiencies on healthy life style issues for young people. Although at first it seems that information are readily available (Internet, magazines, newspapers), a plethora of often conflicting information, along with the media pressure, distorts healthy and responsible approaches to young people's lifestyle choices. Bad habits from childhood carry a risk of future serious problems which we are currently already facing (e.g. increasing of anorexia and bulimia).
Insight	The target group is at a delicate age when they are forming important habits for the rest of life in all its aspects and it is therefore very important to choose an approach that is sensitive to the environment in which children grow up. Peer-to-peer approach is the best natural way to pass information, modify and maintain habits in this type of issue.
Solution	Social marketing experts and nutritional specialists joined the campaign preparation to inform our core group of young people. Young people themselves designed the final form of the campaign based on what they had learnt. The most successful element of the Nebuď pecka campaign was interactive lectures in school settings, where young people shared newly acquired information with their peers in an attractive way. Trying new sports and support in increasing of physical activities as well as in the change of eating habits is another important part, necessary for the whole process.

15 <http://www.eyto.org.uk/about/the-campaigns/nebud-pecka/> [Consultada el 10/12/2016].

Impact	Results of Nebuď pecka campaign can be measured by the number of prepared activities and its visitors, the number of published articles about the project and the campaign, the number of fans and posts on social networks. Immeasurable impact is considered to be equally important, and we rank among them long-term positive response not only from the campaign participants and the pressure to continue similar activities on a larger scale, involving all stakeholders to promote long-term changes. The positive impact of the campaignnot only among children but also among the general public shows that this kind of activity has a great benefit to changing lifestyle habits and its principle is internationally transferable.
Contact / Social Media	komunikujeme@komunikujeme.eu | facebook | blogspot

Tabla 3. Campaña del proyecto EYTO en Portugal[16]

LUTA POR TI Lisbon, Portugal.	The campaign title translates as 'fight for yourself' and is about taking the power and responsibility for your lifestyle choices.'
Key message	Take for yourself the power and responsibility over your lifestyle: what you eat and what you do to keep yourself active.
Challenge	The phenomenon of obesity among young Portuguese people is growing, mostly in the age groups that the project is dedicated. We noted an increase in cases of overweight and obesity much the fault of bad eating habits that today's young people have and a lack of physical exercise as a rule rather than the exception. Life in the city, the fast pace and the economic crisis that we are going through, contribute to young people's perception that the only food choices available to them are those that are less beneficial for their health. Obesity is still seen as something only aesthetically ugly and not as something that harms a lot the health of young people and their future.
Insight	Young people still remain more concerned about being good looking and belong to a group of friends who accept them for their looks than to be healthy and have good levels of blood sugar and cholesterol. It remains a challenge to show them that it is imperative not only to look good but, above all, to be healthy.

16 <http://www.eyto.org.uk/about/the-campaigns/luta-por-ti/> [Consultada el 10/12/2016].

Solution	Working with the Portuguese CNE (Corpo Nacional de Escutas) allowed us access to a good target group (13 – 17 year olds) and gave us the opportunity to show them that small changes, to their everyday routine, can be beneficial in the long term and produce a significant change, not only to themselves but also for their peers and families. This was a subject demanding attention and this project gave us the motto to start a conversation and, for sure, the change.
Impact	"LUTA POR TI" is a campaign created by and for the young people and was launched via Facebook and Media (CNE Magazine), which they use to post content like our events; "Hoje o Cozinheiro Sou Eu", "Soup Contest" and "National Fighting Obesity Day"; tips and news. Local stakeholders were a major support during all the campaign and we are confident that our effort will produce even more results in the future.
Contact / Social Media	fgomes@companhiadeideias.com | Facebook

Tabla 4. Campaña del proyecto EYTO en España[17]

SOM LA PERA Reus, Spain	(Literal translation is 'we are the pear' with the meaning 'we are cool')
Key message	Join the challenges designed by young people to increase physical activity and consumption of fruits and vegetables
Challenge	Obesity is an important global public health problem, with well documented long-term consequences. In Europe, the prevalence of overweight and obesity is 19–49 % in boys and 18–43 % in girls, whereas the obesity prevalence is 6–26.6 % in boys and 5–17 % in girls. In developed countries, obesity is related to socioeconomic status: obesity rates follow a social gradient in which the highest rates are present in racial/ethnic minorities and socioeconomically disadvantaged populations. Once obesity is established, it is difficult to treat, highlighting the urgent need for successful strategies and policies to revert trends in weight gain, sedentary lifestyles and inadequate nutritional habits, especially in vulnerable youth populations. The improvement of healthy lifestyles through modification of eating habits, daily physical activity practice and avoiding sedentary behaviour are the principle modifications that can prevent or reduce the risk of obesity.

17 <http://www.eyto.org.uk/about/the-campaigns/som-la-pera/> [Consultada el 10/12/2016].

Insight	Nutrition and healthy lifestyle education for adolescents have to be planned differently than for other educational ages because the cognitive and social developmental processes. Social marketing, when it is conscientiously applied, has been identified as a possible strategy to change behaviours. School is a suitable environment to implement health promotion in adolescent population.
Solution	The Som la Pera intervention is a school cluster randomised controlled trial. 5 adolescents (3 from one high school and 2 from another one), were recruited as Adolescent Challenge Creators (ACCs), and worked with Physicians, Nutritionists, Managers and Publicists and Journalists from the CTNS-Technology Centre of Nutrition and Health and the URV-University Rovira i Virgili to design and implement challenges such as gymkhanas, cooking ability and lifestyle knowledge competitions, pop-up events as healthy cooking contests, participation in science fairs, cooking contest inside central market. The 5 ACCs had also to be in touch with community stakeholders to obtain some resources free of charge. The expected primary outcomes from the Spanish intervention will be the increase in the consumption of fruits and vegetables and physical activity practice alongside with reductions in TV/computer/game console use. The secondary outcomes will be increased breakfast consumption, engagement with local recreation and reduced obesity prevalence.
Impact	Som la pera was spread via a Facebook page and an Instagram account, where the ACCs posted tips, challenges and images promoting healthy habits. The campaign was scientifically designed as a randomized controlled clinical trial to get robust results about its effectiveness that will be used by the team to scale-up the intervention jointly with local and regional stakeholders that have supported and applauded the initiative.
Contact / Social Media	rosa.sola@urv.cat | facebook |Instagram | Youtube

Las redes sociales en el proyecto EYTO

> Nowadays, they do not conceive a world without social networks. There are adolescents, that when the day finishes, they have to check all their social networks. And in some way this media is a channel of communication, a channel to share material. It's part of their life (Commercial Manager for a market, Spain) (Amalathas y Rix, 2015: 79).

Este apartado expone las consideraciones de los *stakeholders* del proyecto EYTO sobre el uso de las redes sociales en las campañas de *marketing* social. Veintidós personas (trabajadores sociales, voluntarios, educadores, profesionales de la comunicación y de organismos locales y nacionales de salud) fueron entrevistadas telefónicamente acerca de cómo se utilizaron los *social media* y de su utilidad.

Más allá de su uso instrumental, como herramientas para conversar con amigos y mantener contactos personales, los entrevistados consideraron que es importante aprender a utilizar los *social media* para objetivos concretos (captar la atención, estimular la curiosidad e intercambiar ideas): «Make initial connection with young people. EYTO campaign used the Social Media not as a way to inform the kids, but as an encouragement to take them outside and learn how to tackle obesity» *(Local Policymaker - sport, Portugal)* (Amalathas, Rix, 2015: 80). Se trata de una forma creativa de compartir información y de llegar, en poco tiempo, a un público amplio con quien de otro modo no se habría tenido contacto.

Aunque los *social media* también presentan barreras como, por ejemplo, la necesidad de un estudio previo para elegir las más apropiadas para los objetivos de comunicación. En el caso de *Som la pera*:

> […] the focus group with the opinion leaders and subsequent meetings with them revealed that many of the target adolescents of the implied high schools were using social media and had their own mobile phones, but they were not dedicated social media users and they suffered social media time restrictions imposed by parental control. Therefore, it was decided that the social marketing and public relations campaign was going to be articulated through a Facebook page because it was easy to reach several students at the same time, but that several offline activities would have to be devised that involved the whole educative centre (Lozano et alii, 2015: 255).

Otros obstáculos en el entorno 2.0 fueron el tiempo necesario para actualizar y gestionar los contenidos, la dificultad de encontrar distintas maneras de atraer la atención y el reto de animar a los usuarios a participar

en las actividades *offline* (del mismo modo que es un reto que los participantes en dichas actividades participen también en las *online*). La capacidad de los *social media* para modificar comportamientos en relación con la obesidad parece limitada. No sustituyen la comunicación cara a cara ni el contacto personal, que tienen un mayor potencial para cambiar comportamientos, especialmente cuando el contacto directo se mantiente con personas de confianza: «Young people use social media to contact each other but it is no replacement for face-to-face communication with trusted adults or young people» (National Policymaker - children, young people and families, UK) (Amalathas, Rix, 2015: 79).

La necesidad de mantener las actividades de formación de los jóvenes en comunicación 2.0 fue otro punto señalado por los *stakeholders*. Según uno de los entrevistados:

> The social tools depend of whom is controlling them. Projects or campaigns as EYTO, has people with a lot of knowledge in nutrition, sport, communication. The cool thing is that they «taught» our students, and the used the Facebook to transmit what they learned. So behind the young people, there where experts. So in this case it's very important who is controlling these networks (Commercial Manager for a market, Spain) (Amalathas y Rix, 2015: 79).

Controlar los *social media* es importante porque «the communication interests at stake refer to how actors want to be perceived versus how they are actually perceived, in accordance with their credibility, the trust they inspire, influence and notoriety, ability to circulate messages, etc.» (Prades *et alii*, 2014: 4).

Finalmente, pensando en futuras campañas, los informantes propusieron incluir entre el público objetivo de los *social media* a los padres de los jóvenes, por su influencia en ellos, por la importancia de un entorno positivo en el hogar, y para ampliar el alcance mediático de las campañas, aún siendo conscientes de los riesgos:

> This campaign needed a national approach, for instance through TV, because Facebook and Instagram end up reaching a limited group of people. I think that the media end up having a double face, because at the same time they 'sell' healthy lifestyle, they also 'sell' unhealthy lifestyle. They end up promoting some wrong attitudes and behaviours (Coordinator for youth group, Portugal) (Amalathas, Rix, 2015: 85).

La comunicación en la campaña «Som la pera»

En la campaña *Som la pera*, los cinco ACCs se encargaron de actualizar periódicamente los contenidos en Facebook y de implementar las actividades *face-to-face* en sus respectivos institutos, en áreas comunitarias como el Mercado Central de Reus, en los centros cívicos de la ciudad y en otros espacios públicos.

Las acciones de comunicación institucional se focalizaron en promover el proyecto EYTO en general, y la campaña *Som la pera* en particular, entre los actores relevantes de la comunidad a nivel nacional y local: autoridades responsables de las políticas de salud y educación, agencias de salud y seguridad alimentaria, profesionales sanitarios y educadores, asociaciones vecinales y tejido asociativo local, Mercado Central de Reus, etc.

Mediante acciones de comunicación, de publicidad y de relaciones públicas se dotó a la campaña de una imagen de marca, a partir del logotipo diseñado por los cinco ACCs, y se proyectó a la comunidad el contenido social de EYTO. La unidad de comunicación científica de la URV, ComCiència, también contribuyó a la divulgación del proyecto y de la campaña en los *social media*. Asimismo, el Gabinete de Comunicación y Relaciones Externas de la URV hizo lo propio en sus perfiles 2.0 y en la *Revista URV*.[18]

La relación con los medios de comunicación contribuyó a la visibilidad de la campaña *Som la pera*: mediante el envío de notas de prensa y de recursos audiovisuales a los medios se consiguieron diversos impactos en televisión (TV3[19], *Canal Reus*[20]) y en ediciones digitales y en papel de prensa generalista nacional y local (*ABC*, *La Vanguardia*, *Diari de Tarragona*, *Diari Més Tarragona*, *Reus Digital*) y prensa corporativa (revista *A la carta*).

Estas acciones fueron realizadas por el grupo de profesionales de la comunicación en coordinación con el grupo de profesionales de medicina y nutrición y el CTNS, que también difundió contenidos sobre EYTO y

18 Nº 20, noviembre 2013, pág. 11 (<http://issuu.com/revistaurv/docs/revistaurv_novembre13_issuu>) y nº 22, (noviembre 2014), pág. 46 (<http://issuu.com/revistaurv/docs/6227_revista_urv_novembre_14_2_trad>). [Consultada el 10/12/2016].

19 <http://www.tv3.cat/videos/5501334/concurs-de-menjar-sa-per-a-adolescents-a-reus> [Consultada el 10/12/2016].

20 <https://www.youtube.com/watch?v=yw3s3iKUzXA&list=PL5pktnCOFLWy9cT5TRB88whVd7Lxq8GO&index=2> [Consultada el 10/12/2016].

Som la pera en su boletín electrónico CTN*ew*s y en sus perfiles en los *social media*. Una muestra del impacto y aceptación de *Som la pera* entre la comunidad es el hecho que fuera merecedora del tercer premio *Imprescindibles 2015*, que reconoció los mejores proyectos llevados a cabo en la comarca del Baix Camp en 2015.[21]

Resultados

Para evaluar el impacto del proyecto se utilizaron métodos e indicadores cuantitativos y cualitativos: plantillas de análisis comunes a todos los grupos; balances periódicos y revisión de las acciones; tres grupos focales —al inicio, a la mitad y al final de la intervención—, con los cuatro equipos de ACCs y uno con los *stakeholders;* entrevistas y encuestas a los jóvenes participantes en las campañas, además de dos encuestas de evaluación de la sostenibiliad del proyecto (solo en España).

En el caso español, el proyecto se planteó además como un *school-cluster randomised parallel controlled trial*: antes de la implementación de la campaña se realizaron encuestas a 329 alumnos de 4 institutos de Reus (dos del grupo intervención y dos del grupo control) para analizar sus estilos de vida, utilizando la encuesta validada en población joven europea Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) sobre estilos de vida (Currie *et alii*, 2015), poniendo especial atención en aquellas preguntas que hacían referencia a los objetivos principales del proyecto como el consumo de fruta y verdura, horas de actividad física y horas de actividades sedentarias. Seguidamente, los alumnos de los dos institutos del grupo intervención participaron en las actividades de *Som la pera,* mientras que los alumnos de los dos institutos del grupo control no participaron en las actividades de la intervención. Al finalizar la intervención se repitieron las encuestas en todos los institutos para comparar los resultados entre los grupos intervención y control.

El proyecto ha probado la efectividad de las campañas de *marketing* social en la promoción de hábitos y estilos saludables de vida (alimentación saludable y actividad física) para contribuir a frenar el aumento de la obesidad entre los jóvenes europeos de comunidades vulnerables. De los

21 <http://elsimprescindibles-canalreustv.cat/portfolio-item/som-la-pera/> [Consultada el 10/12/2016].

237 jóvenes de los cuatro países europeos participantes que respondieron a las encuesta de evaluación final, el 89,9% (213) valoraron la efectividad de las campañas para alentarles a comer una dieta más saludable y ser más activos físicamente.[22] La interacción *peer-to-peer* demostró también su validez entre los jóvenes, más predispuestos a escuchar los mensajes de sus iguales que los de los adultos: «I think that is definitely more effective, if something is told by your peer, rather than from somebody older you're younger because the peer understands you the most. And we heard opinions like this, when we had healthy lifestyles lectures at the Primary Schools (*Campaign Creator, Czech Republic*)» (Amalathas, Rix, 2015: 28).

Los *social media* se pusieron a prueba con buenos resultados: De los 197 encuestados que respondieron haber participado en al menos una actidad de las campañas, el 40,8% se refirieron a Facebook. Otras redes sociales (YouTube, Instagram, Twitter) también consiguieron atraer participantes (Amalathas, Rix, 2015: 65).

Las cuatro campañas, incluyendo las actividades presenciales y las realizadas a través de los *social media*, han contado con la participación de 16.823 jóvenes. El proyecto EYTO ha conseguido involucrarles en la lucha contra la obesidad debido a que: Ellos mismos lideraron las campañas para sus iguales (*youth-led approach*), proporcionando información fidedigna, relevante y accesible; los jóvenes voluntarios desarrollaron sus capacidades, habilidades, conocimientos y confianza, con lo que estuvieron mejor preparados para decidir y tomar la iniciativa; tomaron mayor conciencia sobre la obesidad y aumentó su motivación por alimentarse saludablemente y realizar actividad física y, finalmente, vivieron nuevas experiencias distintas de sus hábitos diarios:[23] «They (*Camping Creators*) have just blossomed. From meeting them at the beginning of the programme to seeing them to how they presented in a room full of 40 adults at NCB workshop in March» (*National Policymaker - children, young people and families*, UK) (Amalathas, Rix, 2015: 81).

22 <http://ec.europa.eu/chafea/news/news434.html> [Consultada el 10/12/2016].

23 <http://www.eyto.org.uk/media/1052/eyto3rd.pdf> [Consultada el 10/12/2016].

Conclusiones

La promoción para la mejora de los hábitos saludables, que incluyen la alimentación y la práctica de actividad física, es un instrumento para abordar la obesidad juvenil desde una aproximación holística y colaborativa entre jóvenes, padres, profesionales de la educación y la salud y responsables de póliticas nacionales e internacionales. Las campañas de *marketing* social descritas son cuatro casos de éxito a considerar. A partir de estos ejemplos, los interesados en llevar a cabo intervenciones de *marketing* social para la salud disponen también de herramientas prácticas como las diseñadas por el proyecto EYTO. Los recursos desarrollados que se proponen son una guía[24] para implementar campañas sobre estilos saludables de vida en población juvenil, elaborada por y para profesionales, y los *Top tips*[25] seleccionados por y para los jóvenes.

La guía para implementar campañas de *marketing* social se basa en los conocimientos adquiridos a partir de una revisión de la literatura gris sobre intervenciones que utilizan aspectos del mismo, y de las lecciones aprendidas y la experiencia acumulada durante el proyecto EYTO. La guía incluye ejemplos de situaciones y casos reales de las campañas diseñadas e implementadas en el proyecto EYTO: las motivaciones (necesidad de tener claro desde el principio los objetivos, el porqué de la necesidad de diseñar una intervención para la salud basada en el *marketing* social); los medios (qué soporte se necesita, quién lo necesita y quién lo va a proporcionar); la teoría (a partir de qué marco se va a realizar la intervención), la audiencia (segmentación de públicos teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias), el mensaje (qué es lo que se dice, qué se transmite en los contenidos), los canales de comunicación (internos y externos, *offline* y *online*, de medios generalistas y especializados, nacionales y locales), la implementación (dónde se va a llevar a cabo la intervención y de qué modo las actuaciones de la campaña pueden coincidir con otras iniciativas relacionadas para conseguir un mayor impacto), la evaluación (cómo va a medirse este impacto y la efectividad de la campaña) y, finalmente, la sostenibilidad (necesidades de mantenimiento de la intervención para garantizar su efectividad a largo plazo).

24 <http://www.eyto.org.uk/media/1042/eyto-replication-tool.pdf>
[Consultada el 10/12/2016].

25 <http://www.eyto.org.uk/media/1041/top-tips-final.pdf> [Consultada el 10/12/2016].

En cuanto a los *Top tips*, destacan las ventajas de compartir experiencias entre jóvenes utilizando adolescentes como mentores y como reclamos para llamar a la acción, y aconsejan construir relaciones de confianza; recibir formación sobre *marketing* social, comunicación, nutrición y educación física; trabajar en grupos reducidos que puedan relacionarse con grupos mayores para explorar sus ideas y opiniones e incorporar algunas de éstas a las campañas; evitar los mensajes con referencias directas a la obesidad; no centrarse en el aspecto físico de las personas; permitir conversaciones abiertas y ofrecer espacios de diálogo para que los jóvenes puedan expresar como se sienten, y qué piensan acerca de sus vidas, y dirigirse a la gente donde esté: en clase, en la calle, en los *social media*, etc.

Consideración final

Para terminar, se señala una cuestión pendiente de abordar en este capítulo, que son las implicaciones del control del mensaje (Miller *et alii*, 2007). El proyecto EYTO incluye la palabra «obesidad» pero, dadas sus connotaciones negativas y la posibilidad de que produjera efectos indeseados (Cho, Salmon, 2007), los mensajes de las campañas la evitaron:

> The term word 'obesity' was thought to have deterred audiences from engaging with the campaign as they may not consider themselves to be obese or may be embarrassed to associate themselves with such a campaign. Positive and inspirational messages, however, were preferred as they promoted enjoyment and benefits of healthier lifestyles and more likely to evoke motivation to take action –rather than messages that focus on the negative consequences of obesity. Messages also had to be targeted at children and young people with appropriate use of language so that they have a better understanding of how obesity can affect them – including the long-term impact of the current choices (Amalathas, Rix, 2015: 86).

La investigación sobre los procesos de *reframing*, o cómo reformular los mensajes motivadores e inspiradores del cambio de comportamiento, también puede enriquecer futuras campañas e incrementar su impacto positivo. De hecho, «for some stakeholders to make obesity a pertinent issue was to re-frame key messages and expand its scope from a campaign about tackling obesity to one about healthy lifestyle and wellbeing» (Amalathas y Rix, 2015: 85-86).

Bibliografía

Amalathas, Evangeline; Rix, Kathie (2015). *European Youth Tackling Obesity. End of project evaluation*. London: National Children's Bureau.

Andreasen, Alan R. (2002). «Marketing social marketing in the social change marketplace.» *Journal of Public Policy & Marqueting*, 21(1): 3-13.

Baker, JL.; Farpour-Lambert, NJ.; Nowicka, P.; Pietrobelli, A.; Weiss, R. (2010) «Evaluation of the overweight/obese child – practical tips for the primary health care provider: recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity». *Obes Facts*, 3(2): 131-137.

Bodzsar, Eva B.; Zsakai, Annamaria (2014). «Recent trends in childhood obesity and overweight in the transition countries of Eastern and Central Europe.» *Ann Hum Biol.*, 41(3): 263-270.

Cho, Hyunyi.; Salmon, Charles T. (2007). «Unintended effects of health communication campaigns.» *Journal of Communication*, 57(2): 293-317.

Currie, Candace *et alii* (2015). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/10 survey.* Edinburgh & Vienna: CAHRU & LBIHPR.

Evans, W. Douglas (2006). «How social marqueting works in health care.» *BMJ*, 332: 1207-1210.

Farré, Jordi; Gonzalo, Juan L.; Lores, Mònica *et alii* (2012) «Comunicación de riesgos y seguridad alimentaria en la era 2.0.» *El profesional de la información*, 21 (4): 381-384.

Farré, Jordi; Barnett, Julie (2013). «Food for health communication: Food for thought at the level of EU.» *Catalan Journal of Communication and Cultural Studies*, 5(2): 149-161.

Gordon, Ross; Mcdermott, Laura; Stead, Martine; Angus, Kathryn (2006). «The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence?» *Public Health*, 120: 1133-1139.

Gracia-marco, Luis; Moreno, Luis A.; vicente-Rodríguez, Germán (2012). «Impact of social marketing in the prevention of childhood obesity.» *Adv Nutr*. 3(4): 611-115.

Grier, Sonya; Bryant, Carol A. (2005). «Social marketing in public health.» *Annu Rev Public Health*, 26: 319-339.

Kakinami, Lisa; Paradis, Gilles; O'loughlin, Jennifer *et alii* (2012). «Is the obesity epidemic worsening the cardiovascular risk factor profile of children? Evidence from two Québec samples measured 10 years apart.» *Ann Hum Biol.*, 39(4): 322–326.

Kreps, Gary L.; Maibach Edward W. (2008). «Transdisciplinary science: the nexus between communication and public health.» *Journal of Communication*, 58(4): 732-748.

Kotler, Philip; Zaltman, Gerald (1971). «Social marketing: an approach to planned social change.» *Journal of Marketing*, 35(3): 3-12.

Livingstone, Sonia; Helsper, Ellen (2006). «Does advertising literacy mediate the effects of advertising on children? A critical examination of two linked research literatures in relation to obesity and food choice.» *Journal of Communication*, 56(3): 560-584.

Lobstein, Tim; Jackson-Leach, Rachel; Moodie, Marjory L. *et alii* (2015) «Child and adolescent obesity: part of a bigger picture.» *The Lancet*, 385(9986): 2510-2520.

Lozano, Natàlia; Prades, Jordi; Montagut, Marta (2015). «"Som la pera" or how to develop a social marketing and public relations campaign to prevent obesity among teenagers in Catalonia». *Catalan Journal of Communication and Cultural Studies,* 7(2): 251-259.

Lupton, Deborah (1995). *The imperative of health*. London: SAGE.

Llauradó, Elisabet; Aceves-Martins, Magaly; Tarro, Lucía *et alii* (2015). «A youth-led social marketing intervention to encourage healthy lifestyles, the EYTO (European Youth Tackling Obesity) project: A cluster randomised controlled trial in Catalonia, Spain,». *BMC Public Health*, 15: 607.

Miller, Claude; Lane, Lindsay T.; Deatrick, Leslie M. *et alii* (2007). «Psychological reactance and promotional health messages: the effects of controlling language, lexical concreteness and the restoration of freedom.» *Human Communication Research*, 33(2): 219-240.

Papandreou, Dimitrios; Malindretos, Pavlos; Rousso, Israel (2010). «Risk factors for childhood obesity in a Greek paediatric population.» *Public Health Nutrition*, 13(10), 1535-1539.

Pike, Jo; Kelly, Peter (2014). *The moral geographies of children, young people and food: beyond Jamie's school dinners*. London: Palgrave Macmillan.

Prades, Jordi; Farré, Jordi; Gonzalo, Juan L. (2014). «Journalists and bloggers. Professional identities and practices in food risk/benefits communication in Spain.» *Communication & Society*, 27(1): 1-21.

Rutsaert, Pieter; Pieniak, Zuzanna; Regan, Áine *et alii* (2014). «Social media as a useful tool in food risk and benefit communication? A strategic orientation approach.» *Food Policy*, 46: 84-93.

Smith, William A. (2000) «Social marketing: an evolving definition.» *American Journal Health Behaviour*, 24: 11-17.

World Health Organization (2014). «European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020.» *WHO Regional Office for Europe* [Consultada el 10/12/2016].

TERCERA PARTE

NUEVOS ESCENARIOS DE LA COMUNICACIÓN

LOS SOCIAL MEDIA Y LAS NUEVAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ANTE EL DOLOR[1]

Anna Sendra Toset
Departamento de Estudios de Comunicación
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: El sistema sanitario está viviendo una revolución sin precedentes. En un entorno cada vez más digitalizado, nuevas herramientas están cambiando la forma en la que tradicionalmente hemos manejado nuestra salud. La relación médico-paciente ya no es de superioridad, sino que el enfermo cada vez es más protagonista de su salud. Los *social media* forman parte del cambio, y aquí veremos varias ideas sobre cómo podemos usarlas eficazmente para mejorar el manejo y tratamiento de pacientes con dolor.

Palabras clave: redes sociales, pacientes, comunicación del dolor, comunicación de la salud.

Social media and new communication strategies to pain information

Summary: The healthcare system is living a revolution without precedents. In a digitalized world, new tools are changing the traditional way that we have taken care of our health. Nowadays, the patient-provider relationship is no longer about superiority, but the patients are increasingly protagonists of their health. Social media are part of this change. In this chapter, we expose some ideas of how we can use them effectively to improve the management and treatment of patients with pain.

Keywords: social media, patients, pain communication, health communication.

1 Proyecto financiado con una Beca FI-DGR (2016FI_B 00212) de *l'Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca* (AGAUR) de la *Generalitat de Catalunya*.

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 227–244. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

Descifrando el concepto de pain communication

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular[2] real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.[3] Según un estudio reciente, se estima que el 20% de la población mundial padece dolor (Goldberg, McGee, 2011). Sin embargo, aunque se trata de un problema global, el dolor sigue sin ser tratado correctamente. Aunque se atiende principalmente desde una perspectiva médica, un elemento clave en su tratamiento es la comunicación.

Según Miró (2012b: 394) el dolor es una experiencia compleja que «resulta de la interacción de múltiples factores», ya sean cognitivos, físicos, sociales, o somáticos, entre otros. Ante tal variedad de causas que se presentan, mayoritariamente, de manera conjunta, es importante que la comunicación médico-paciente sea efectiva. Si hay barreras que impiden o limitan esa interacción, el tratamiento que recibe el paciente no es el adecuado. Este intercambio de información entre los pacientes y los profesionales, que en la mayoría de los casos se produce en un entorno sanitario, se engloba dentro del concepto de *health communication* (comunicación para la salud).

El ser humano es de naturaleza curiosa, y siempre ha buscado maneras de satisfacer la necesidad de información sanitaria.[4] La comunicación «formal», destinada a proponer a la población soluciones para su salud y para responder a las enfermedades, comenzó con la propia aparición de la imprenta, aunque, por supuesto, a nivel oral y mediante manuscritos es muy anterior, y no deja de tener visos de «formalidad». A partir del siglo xx, el cine, la radio, la publicidad y la televisión analógica empezaron a jugar un papel determinante, aunque la idea de «comunicación para la salud» como área de estudio emergió a finales de los años sesenta (Du

2 Daño en los tejidos.

3 *International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy*. Seattle [Consultada el 10/12/2016].

4 Llamero (2015) apunta en su investigación que «para comprender las implicaciones del consumo de información sanitaria virtual nos hemos de remitir a las diferentes etapas de la medicalización de las sociedades. Este concepto hace referencia al proceso mediante el cual las profesiones médicas […] han ido adquiriendo hegemonía en la gestión de la salud y las atenciones. En el último cuarto del siglo xx los conceptos de *paciente informado* y *autonomía* comenzaron a cuestionar esta hegemonía» (Llamero, 2015: 101).

Pré, 2014),[5] y engloba «la forma en que buscamos, procesamos y compartimos» información sobre salud (Thornton, Thornton, 1992, citados en Du Pré, 2014). Desde su aparición como campo de investigación hasta el inicio del nuevo milenio, la aplicación de este concepto se reducía al análisis de la publicidad televisiva o radiofónica, la lectura de un libro o de un artículo de una revista o periódico o, simplemente al intercambio de información entre el médico y el paciente durante una consulta médica.[6] Sin embargo, a partir del año 2000[7] la situación vivió un giro radical gracias a la aparición de las nuevas tecnologías, cambiando la definición del concepto de *health communication* tal y como se entendía en el pasado.[8]

Una nueva generación, una nueva realidad

Si repasamos la cronología de la aparición de varios *gadgets* tecnológicos, observamos que el primer ordenador tal y como lo entendemos actualmente apareció en 1981, el famoso IBM Personal Computer 5150.[9] En la

5 Como apunta Perdiguero (2009), la comunicación para la salud no es una novedad del siglo xx o xxi, sino que existen «numerosas obras que se dedicaron a finales del siglo xix a tratar de analizar y solucionar el problema de la mortalidad infantil, para divulgar numerosos consejos que trataban de modificar lo que se consideraban errores de crianza» (Perdiguero, 2009: 61). Para Perdiguero, esta forma de trabajar «se encuadra en la nueva manera de afrontar las enfermedades que se produjo a partir del final del siglo xix en Europa y en EUA» (Perdiguero, 2009: 61).

6 Según Perdiguero (2009), desde inicios del siglo xx «la medicina social puso en marcha diversas tecnologías de intervención que variaron las fronteras del ámbito de la salud pública. […] Se llevó a cabo un cambio en la estrategia asistencial que se cristalizó en el inicio de las campañas sanitarias y en la aparición de un nuevo dispositivo asistencial, el dispensario» (Perdiguero, 2009: 62).

7 Fue a partir del año 2000 cuando aparecieron las primeras plataformas 2.0, con el objetivo de facilitar la interacción entre las personas que compartían intereses comunes en música, educación y películas, entre otros (Edosomwan *et alii*, 2011: 79).

8 Según Uittenhout, «antes de la gran adopción de Internet, la gente obtenía la información sanitaria de su entorno personal o cercano» (Uittenhout, 2012: 11). Ahora, la diferencia está en que «con el uso de los *social media*, el público puede interactuar y conectar con la información suministrada preguntando dudas, o añadiendo información» (Uittenhout, 2012: 13); de manera que la información especializada está disponible donde y cuando los usuarios la demandan. Además, estos nuevos medios convierten en más accesible la experiencia de los profesionales sanitarios (Uittenhout, 2012).

9 Alfred, Randy (2011). *Aug.12, 1981: IBM gets personal with 5150 PC. Wired*, 8 de noviembre de 2011. [Consultada el 10/12/2016].

música, la evolución vino de la mano del *discman* en 1984 con la llegada al mercado del reproductor portátil D-50 de Sony.[10] La consola de bolsillo *Game Boy* se presentó en 1989.[11] El primer *boom* de los teléfonos móviles se produjo a finales de los años 90 cuando Nokia introdujo el modelo 3210, uno de los terminales más vendidos de la historia con 160 millones de unidades.[12] Son sólo algunos ejemplos de los avances tecnológicos con los que creció la generación *millennial*[13] y que han cambiado nuestra forma de entender el mundo. Establecen un antes y un después en la forma de vivir nuestras vidas, pero todavía falta un ingrediente para comprender su efecto en la *health communication* asociado al desarrollo de la tecnología derivado del despliegue de Internet.

La conexión *wireless* y la generalización de las tarifas planas han permitido una gran penetración de la conexión a Internet en los países desarrollados. En 2015, aproximadamente el 80% de los habitantes de estos países se conectan de forma habitual,[14] permitiendo a los *millennials* y a sus predecesores (el cambio lo han liderado ellos, pero sus progenitores también participan en él) la utilización de la red no sólo como fuente de información, sino como una herramienta que complementa su estilo de vida.

Según una encuesta reciente del Instituto Nacional de Estadística, 7 de cada 10 hogares españoles dispone de conexión a Internet, y además 5 de cada 10 españoles usa la red como canal de información habitual.[15]

10 Gina (2015). *Flashback Friday: The Sony Discman (1984)*. *Sony Official News*, 22 de mayo de 2015. [Consultada el 10/12/2016].

11 Nintendo España. *Game Boy. La consola de bolsillo de toda la vida*. [Consultada el 10/12/2016].

12 Meyers (2011). *What the Incredible 70-Year Evolution of the Cell Phone*. *Business Insider*, 6 de mayo de 2011. [Consultada el 10/12/2016].

13 *Millennial* es el término utilizado para describir «la generación nacida entre 1980 y 1995» (Ng, Schweitzer, Lyons, 2010: 281). También reciben el nombre de Generación Y, Nexters o Generación Nexus (Barnard *et alii*, 1998, Burke, Ng, 2006; Zemke *et alii*, 2000, citados en Ng, Schweitzer, Lyons, 2010), «debido a las características y los eventos que definen sus vidas (p. e., globalización, rápido avance tecnológico, crecimiento de la diversidad demográfica)» (Ng, Schweitzer, Lyons, 2010: 282).

14 BBC News. *Internet used by 3.2 billion people in 2015*. 26 de mayo de 2015. [Consultada el 10/12/2016].

15 Instituo Nacional de Estadística. *Encuesta sobre Equipamento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares*. Instituto Nacional de Estadística. 1 de octubre de

Centrándonos en la salud, en la última Conferencia Europea Anual de Salud Digital, celebrada en Barcelona en mayo de 2015, se comentó que 9 de cada 10 pacientes estaría dispuesto a usar herramientas digitales para cuidar de su salud.[16] Ante estos datos, no puede negarse que la información sanitaria que encontramos a través de estos canales ha adquirido una especial relevancia.

> In recent years, the widespread adoption of computers, new software programs, the Internet, and other new technologies (e.g., cellular technology, global satellite positioning chips) has led to a variety of changes in communication within the healthcare system, the ways in which people obtain health information, and the ways in which they communicate about health in daily life (Wright, Sparks, O'Hair, 2008: 12).[17]

Si a todo esto le añadimos la aparición de los denominados *social media* (redes sociales[18]), el cambio es completo. Su uso, cada vez más extenso, ha cambiado la *health communication*, especialmente en las cohortes de edades denominadas *millennials*. Se trata de una regeneración transversal sobre cómo vivimos que afecta a todos los ámbitos de nuestra existencia, más allá del concepto de *health communication*. Son personas que viven por y para la tecnología, y lo han convertido en su estilo de vida. Como ya se ha señalado, un *millennial* es aquella persona que nació entre los años 1980 y 1995 (Ng, Schweitzer, Lyons, 2010); y aunque el dato, por sí solo, es irrelevante, si le sumamos todos los avances tecnológicos gestados

2015. [Consultada el 10/12/2016].

16 Sendra, Anna. *El futuro de la salud digital en Europa se da cita en Barcelona*. ALGOS blog. 21 de mayo de 2015. [Consultada el 10/12/2016].

17 «En los últimos años, la adopción generalizada de los ordenadores, los nuevos programas de software, Internet y otras nuevas tecnologías (por ejemplo, la tecnología móvil o los chips de posicionamiento global por satélite), ha propiciado una variedad de cambios en la comunicación dentro del sistema sanitario, en las formas en que las personas obtienen información sobre salud, y también en las formas en que estas personas comunican sobre salud en la vida diaria» [Traducción de la autora].

18 Hay que diferenciar este concepto del definido por Elizabet Bott en los 50. Para ella, el término *social network* (traducido al español como «red social») describe un conjunto de relaciones sociales para las cuales no hay una frontera común (Bott, 2001). Bott, hace referencia a Barnes, otro académico que define lo siguiente respecto a las *networks*: «cada persona está en contacto con un número de personas, algunos de los cuales están directamente en contacto con los otros y algunos de los cuales no… es conveniente hablar de un campo social de este tipo como una red» (Barnes, 1954, citado en Bott, 2001: 59).

en aquella época y detallados al inicio de este apartado, el planteamiento empieza a tener sentido.

Los *millennials* han tenido parte de culpa en este cambio de paradigma: «as digital natives, students have grown up in an era of widespread use of technology, which now plays a major role in education, interpersonal communication, and the formation of social relationships» (Wells, Lehavot, Isaac, 2015: 1017).[19] Para ellos, publicar opiniones personales, experiencias o contenido en redes sociales es un comportamiento natural —han nacido con un *smartphone* en la mano—, y no les plantea ningún tipo de riesgo (Wells, Lehavot, Isaac, 2015).

La introducción de los social media en el sistema sanitario

Asimismo, los *social media* facilitan también a los profesionales sanitarios la comunicación médico-paciente.[20] A nivel general, los *social media* permiten informar, educar y empoderar a las personas sobre temas de salud; incrementar la velocidad de la información durante las emergencias sanitarias; movilizar las asociaciones comunitarias; facilitar cambios de comportamiento; recopilar datos; y comprender las percepciones del público que participa en ellos (Thackeray, Neiger, Smith *et alii*, 2012). Sin duda, se trata de herramientas que van adquiriendo importancia y, actualmente, el 40% de los consumidores de *social media* reconocen que la información sanitaria que encuentran a través de estos canales afecta la manera en que manejan y cuidan de su salud.[21] Su auge ha normalizado el concepto de *participatory patient-hood*, o a nivel más general, el de *participatory healthcare* (Sosnowy, 2014), es decir, la conocida como «salud

19 «Como nativos digitales, los estudiantes han crecido en una era de uso generalizado de la tecnología, que ahora juega un papel importante en la educación, la comunicación interpersonal, y en la formación de relaciones sociales». [Traducción de la autora].

20 Mientras que los *social media* permiten a los pacientes encontrar apoyo y estar más informados (Chretien, Kind, 2013); los médicos usan las redes sociales principalmente «para leer noticias, escuchar expertos, buscar nuevos avances médicos, para hacer nuevos contactos y para conectar con otros colegas en relación con los problemas de los pacientes» (Househ, 2013: 246).

21 Govette, Jonathan (2014). *24 Outstanding Healthcare Social Media Statistics*. LinkedIn, 28 de abril de 2014. [Consultada el 10/12/2016].

participativa».[22] Mediante estos instrumentos, los pacientes han podido crear espacios de diálogo colectivo entre iguales donde poder expresar sus sentimientos e ideas sin barreras, algo que quizá no sería posible en el entorno de una consulta médica:

> En España, [...] los usuarios de la sanidad pública tenemos a veces la sensación de estar haciendo perder el tiempo al médico, de ser sus sumisos servidores y no su fuente de conocimientos e ingresos. Entramos a las consultas cohibidos, pidiendo disculpas y dispuestos a que ni nos miren. Si se entienden en la visita lo agradecemos más como un favor que como un «servicio completo» (Allué, 1996: 80).

Si lo analizamos desde la perspectiva del paciente, no es lo mismo expresarte desde la comodidad de tu casa, en un entorno que dominas y donde te sientes seguro, que hacerlo en una habitación blanca, y con una persona uniformada con la que tienes un trato cordial sentada al otro lado de una mesa (elemento que es una barrera a nivel comunicativo que protege al médico, no al paciente). Es por eso que estas nuevas herramientas nos ofrecen la posibilidad de crear «espacios importantes para las personas con enfermedad para construir comunidad, participar en el activismo, y promulgar resistencia» (Sosnowy, 2014: 316). Las redes sociales permiten que el paciente sea el protagonista, ya que participa activamente de su salud colaborando con el médico e informándose sobre su enfermedad, además de debatir con otros pacientes acerca de su problema de salud (Sosnowy, 2014). En definitiva, «the [...] reason physicians and other providers should be tapping into e-health and social media is that they are one route greater patient happiness–and to a more patient-centered healthcare system» (Hawn, 2009: 367)[23]. Más felicidad del paciente es igual a más eficiencia y mejor atención sanitaria.

22 A finales del siglo xx, San Martín señaló que la participación se entendía como «el grado de implicación activa e informada del individuo, de los grupos y de la comunidad, en la gestión de su propia salud y de la salud de la colectividad, con el objetivo de lograr cierta autonomía, bien informada, sobre la gestión de la salud individual y comunal» (San Martín, 1984, citado en Sánchez, Ramos y Marset, 1994: 57).

23 «La razón [...] por la que los médicos y otros proveedores deben adentrarse en la salud digital y las redes sociales es que son una vía hacia una mayor felicidad del paciente-y hacia un sistema de salud más centrado en el paciente» (Traducción de la autora).

El dolor y la pain communication

La *pain communication* (esto es, la comunicación del dolor) es uno de los componentes más comunes de la experiencia del dolor que ha evolucionado con el lenguaje y las expresiones no verbales en el contexto de la sociedad humana (Hadjistavropoulos, Craig, Duck *et alii*, 2011). El dolor puede expresarse: verbalmente, o no. Sin embargo, para determinar el dolor que tiene un paciente es fundamental disponer de herramientas de evaluación:

> To capture formally information on patient's pain, a pain assessment tool is vital. The pain assessment tool should be valid, that is, there should be evidence that the tool is useful for the purpose intended, reliable and easily understood by the patient. [...] We consider a range of different types of tool, including rating scales and questionnaires (Mann, Carr, 2009: 35).[24]

Desde una perspectiva histórica, el dolor es uno de los «síntomas» más comunes en la demanda de atención médica (Schappert, 1989, citado en Gureje *et alii*, 1998). Sin embargo, y a pesar de la disponibilidad de analgésicos desde hace muchos siglos (p.e., el opio y, después, analagésicos y los anestésicos),[25] los cambios en la estrategia de paliar el dolor son relativamente recientes y se asocian a dos hechos: por un lado, la formulación de la *palliative care* como estrategia para mejorar la calidad de vida —muy especialmente pensada para calmar el dolor en fases terminales—,[26] y, por otro, la necesidad de disponer de herramientas «objetivas» de evaluación del dolor[27] (tal y como se ha citado al inicio). Estas últimas tratan de me-

24 «Para captar información sobre el dolor del paciente, una herramienta de evaluación del dolor es de vital importancia. La herramienta de evaluación del dolor debe estar validada, esto es, debe haber evidencia que demuestre que la herramienta es útil para los fines previstos, fiable, y de fácil comprensión por parte del paciente. [...] Consideramos una gama de diferentes tipos de herramientas, incluyendo las escalas de evaluación y los cuestionarios» (Traducción de la autora).

25 Pérez-Cajaraville *et alii* (2005) señalan que la primera referencia histórica que se posee sobre el uso del opio para paliar el dolor data del año 4000 a.C.

26 La primera definición de la denominada «medicina paliativa» apareció en 1987, y en ella se dice que esta disciplina «es el estudio y el manejo de los pacientes con enfermedades muy avanzadas para los cuales la calidad de vida es el principal foco de su cuidado» (Lewis, 2007: 121).

27 La naturaleza del dolor complica la medición de la intensidad del mismo, y por tanto, es necesario disponer de instrumentos que transformen el *feedback* subjetivo de los pacientes

dir el dolor a partir de la impresión del propio paciente (p.e., «diga cuanto le duele de cero a diez», o «no puedo soportar este dolor»), mediante cuestionarios como la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) (Miró, Nieto, Huguet, 2008a) o el *Pain-Coping Questionnaire* (PCQ) (Huguet, Miró, Nieto, 2009). A nivel no verbal, el dolor puede expresarse a través de fotografías (señalando aquello que te duele, por ejemplo), posturas, movimientos o expresiones faciales (Mesko, Mellades, Christ-Libertin *et alii*, 2011; Walsh, Eccleston, Keogh, 2014). Así pues, ante tal variedad de opciones, ¿por qué no aprovechar las redes sociales como una herramienta para comunicar el dolor?

Estudios recientes demuestran que las redes sociales han transformado las narrativas del dolor (Gonzalez-Polledo, Tarr, 2014). En enfermedades crónicas, su uso ha significado una mejora del bienestar psicológico del paciente (por el hecho de manejar el estrés o la ansiedad, por ejemplo); y los ha convertido en enfermos con un rol más activo, esto es, que disponen de más información a su alcance y son más participativos en la relación con sus médicos (Merolli, Gray, Martin-Sanchez, 2013). Además, «the widespread popularity of social media also enables wider distribution of messages about pain, potentially challenging excommunication» (Gonzalez-Polledo, Tarr, 2014: 14).[28] Son pacientes que recurren cada vez más a los *social media* para expresar lo que les pasa, porque allí encuentran a personas que comparten su enfermedad y entienden su sufrimiento. Encuentran apoyo, se expresan libremente sin restricciones y les permiten construir, al margen de la consulta médica, redes de apoyo que les ayudan a seguir adelante y mejorar su bienestar.

Aun así, el uso de las redes sociales en el campo de la salud está en fase de desarrollo, y existen pocos estudios que aporten datos sobre sus beneficios.[29] Pero hay algunas iniciativas que han demostrado que funcionan, aunque su efectividad no se haya probado con el suficiente rigor científico. Es el caso de la iniciativa liderada por el Centre for

---

en datos objetivos para que ese dolor pueda ser evaluado (Flaherty, 1996).

28 «La amplia popularidad de las redes sociales permite también una amplia distribución de los mensajes sobre dolor, retando potencialmente la exclusión» (Traducción de la autora).

29 Sin embargo, varios autores coinciden en que se necesitan más estudios para determinar si los social media mejoran realmente las prácticas de comunicación en salud (Thackeray *et alii*; 2012; Moorhead *et alii*, 2013).

Pediatric Pain Research de Canadá, llamada *It Doesn't Have to Hurt.*[30] A través del *hashtag #itdoesnthavetohurt*, el centro lanzó un debate a través de los *social media* para que todo aquel que participase aportara ideas para mejorar el manejo del dolor crónico en niños, e información sobre la evidencia de la investigación en dolor crónico infantil. La etiqueta sirvió para seguir compartiendo vídeos, imágenes, encuestas, blogs y otros tipos de contenidos sobre el dolor infantil, para que la información más actualizada llegase también a los padres de los niños que padecen dolor. *It Doesn't Have to Hurt* es una iniciativa pionera, cualificada por el propio centro como una *social media campaign*, donde padres, médicos y otros profesionales del ámbito sanitario pudieron aportar su opinión acerca del tratamiento y manejo del dolor infantil.

Las dudas que plantean estas nuevas herramientas

En los estudios citados, los *social media* son beneficiosos para la *healthcare*, ya que los pacientes se transforman en personas activas que participan, cuidan y manejan su salud. Se trata de herramientas relativamente nuevas con apenas 10 años de vida que aportan numerosas ventajas, pero también despiertan crítica: «the use of […] social media by people with serious illness to find, share, and create health information is much celebrated but rarely critiqued» (Sosnowy, 2014: 316).[31]

La principal preocupación sobre su uso en el manejo de la salud es el problema de la privacidad de los datos de los pacientes (Hawn, 2009), algo que comparten los profesionales y los afectados. Es, sin duda, una paradoja: por definición, se trata de comunidades *online*,[32] donde los usuarios comparten la información con otras personas en un espacio público donde puede ser vista por una audiencia más o menos amplia. Una vez compartida, el paciente pierde el control sobre ella y eso puede afectar a la confidencialidad médico-paciente. Esta deja de ser una relación dual y pasa a ser una relación multidireccional entre personas que padecen la misma

30 Centre for Pediatric Pain Research (2015). *It Doesn't Have to Hurt. Proven Pain Control for Children*. Canada. [Consultada el 10/12/2016].

31 «El uso de […] redes sociales por parte de las personas con enfermedades graves para buscar, compartir, y crear información sobre salud es muy celebrado, pero raramente es criticado» (Traducción de la autora).

32 (2004). *Social media*. Merriam-Webster. [Consultada el 10/12/2016].

enfermedad y que no necesariamente tienen una relación personal.[33] No debemos olvidar que las redes sociales son herramientas gratuitas donde el usuario es el «producto», y por tanto, la información es poder para las empresas que las gestionan. Divulgar opiniones acerca del cuidado del paciente a través de estas herramientas «poses greater risks than doing so in person because of social media's «invisible audience» (Wells, Lehavot, Isaac, 2015: 1017).[34] Si no quieres que algo se sepa, mejor no lo compartas a través de las redes sociales.

Más allá de la privacidad, el segundo problema está en su eficacia. Son necesarios más datos, ya que «there is very little evidence to indicate that social media are being adequately used by public health organizations [...] that leverage the ability to have meaningful conversations with our audiences» (Heldman, Schindelar, Weaver III, 2013: 2).[35] Disponer de más pruebas permitiría evaluar el impacto que tiene el uso de estas herramientas en la relación médico-paciente, y en los cambios de hábito o comportamiento (Antheunis, Tates, Nieboer, 2013).

33 Aunque los *social media* han potenciado la existencia de la relación multidireccional entre médicos, pacientes y otros actores, la relación médico-paciente nunca ha sido del todo dual. Comelles (1993: 181) apunta que en el modelo médico clásico «se delegaba el control médico y la continuidad del cuidado sobre la red social del paciente porque se reconocía la lógica cultural de las prácticas sociales existentes»; y esta relación entre médico-enfermo-red social «suponía asumir y respetar la existencia de personas entendidas a las que se recurría en las crisis de salud y que era —y son— roles especializados en las propias redes sociales». Esta relación incorporaba rituales de interacción, consejos orales y prescripciones escritas entre los miembros de la red (Comelles, 1993: 173). Así pues, de una manera u otra, la relación médico-paciente siempre ha estado mediatizada por la red social que acompaña al enfermo.

34 «Divulgar opiniones acerca del cuidado del paciente a través de estas herramientas plantea más riesgos que hacerlo en persona debido a la «audiencia invisible» presente en las redes sociales» (Traducción de la autora).

35 «Hay poca evidencia disponible para indicar que las redes sociales están siendo usadas adecuadamente por parte de las organizaciones de salud pública [...] de manera que aprovechen la capacidad de tener conversaciones significativas con nuestro público» (Traducción de la autora).

La necesidad de una buena estrategia comunicativa

Los *social media* son espacios que «allow us to share public health information in new spaces» (Heldman, Schindelar, Weaver III, 2013: 3),[36] pero es información que no podemos compartir de cualquier manera, al menos en el caso de los profesionales. Para que sean eficaces, necesitamos una estrategia de comunicación *online* que permita planificar qué información podemos compartir con los pacientes, dónde encontrarlos, y a su vez, cómo podemos hacer que esos mensajes les lleguen correctamente. Se trata de anticiparse a las inquietudes del paciente, ya que este último seguirá acudiendo a la red para buscar información sobre aquello que le pasa. Desde la perspectiva de las instituciones hay que trabajar para que los pacientes se informen de manera eficaz, con contenidos fiables, de tal manera que la relación médico-paciente sea lo más fluida posible. A la larga, puede conseguirse que los profesionales pasen menos tiempo desmintiendo informaciones falsas o incorrectas, que debatiendo con los pacientes acerca de si un tratamiento es beneficioso o no para ellos.[37]

Según varios estudios, las redes sociales funcionan mejor cuando están integradas en una estrategia de comunicación en salud global),[38] que se debe trabajar tanto a nivel de los pacientes como desde el punto de vista de los médicos. Para que esto sea posible, las instituciones sanitarias necesitan incorporar más personal que además esté cualificado para el puesto, es decir, con experiencia en comunicación para que tenga clara cuál es la estrategia a seguir y cómo debemos usar las redes sociales para

36 «Los *social media* son espacios que nos permiten compartir información sobre salud pública en nuevos espacios» (Traducción de la autora).

37 Sin embargo, tal y como sugiere Llamero (2015: 123), «con el desarrollo de la web social se han generado nuevas formas de acceso a la información que se encuentran a medio camino entre la des-intermediación y la intermediación tradicional, y esto tiene consecuencias en la generación de reputación, un atributo clave en la concesión de credibilidad». Este fenómeno Eysenbach lo ha denominado «apomediación», y se trata de «una estrategia de búsqueda de información donde la gente confía menos en expertos tradicionales y autoridades como los *gatekeepers*, pero en cambio reciben la 'guía' de apomediarios, por ejemplo, a través de procesos de filtraje colaborativo en red» (Eysenbach, 2008, cit. en Llamero, 2015: 124). De esta manera, a las instituciones les espera un doble trabajo: por un lado, contrarrestar la apomediación fuertemente arraigada, y por otro, posicionarse como la fuente de información oficial y fiable a la que los usuarios quieran acceder.

38 Ver en Thackeray, Neiger, Smith *et alii*, (2012) y Heldman, Schindelar, Weaver III (2013).

llegar a esos pacientes que buscan información sobre salud a través de la red (Harris, Mueller, Snider *et alii*, 2013). Para participar del debate, las organizaciones deben desarrollar una estrategia comunicativa que les permita relacionarse correctamente con sus audiencias.

Es importante trabajar también desde el punto de vista del paciente. La red es un lugar muy extenso, donde es muy fácil encontrar muchas fuentes de información, y muchas de ellas de dudosa procedencia (contenido falso) o con datos sin ninguna base científica. Son fuentes a las que se accede fácilmente, y nadie les está diciendo a los pacientes que aquellos datos no son los correctos o que, directamente, aquella información es falsa. Ante esta realidad, es necesario educar a los pacientes para que dejen de acudir a fuentes de información que no son las adecuadas. Aquí, la interactividad juega un papel importante: las instituciones que están tras los *social media* deben ser organizaciones activas, que contesten a las preguntas de sus usuarios, estableciendo un diálogo bidireccional. Para algunos autores, las instituciones «should fully embrace this aspect of social media engagement and encourage quick replies» (Heldman, Schindelar, Weaver III, 2013: 7).[39] Si estas organizaciones sanitarias asumen su carácter interactivo, la información sobre salud se comprende mejor y permite conectar diversas redes entre sí, de manera que los usuarios puedan encontrar los datos que están consultando en varios formatos a la vez (Park, Rodgers, Stemmle, 2011). Además de la interactividad, hay otras formas de educar a los pacientes, como por ejemplo a través de las demostraciones o talleres prácticos de búsqueda de información en Internet, siempre teniendo en cuenta que no todos los pacientes son iguales y, por tanto, no todos tienen el mismo comportamiento navegando a través de la red. Pocas son las instituciones que usan las redes sociales de forma adecuada para interactuar con los pacientes, ya que son utilizadas más como un anexo a la página web de la organización (se publica lo mismo en los dos sitios), que como un mecanismo para mejorar el diálogo con los pacientes que van en busca de información para mejorar el cuidado de su salud.

En definitiva, «si recibiéramos otro tipo de educación para la salud se incrementarían las estadísticas de éxitos y la eficacia de las instituciones» (Allué, 1996: 112). Como herramientas, las redes sociales nos permiten aplicar otros métodos educativos para enseñar a los pacientes y a la pobla-

39 Las instituciones «deben aceptar plenamente este aspecto de la participación en *social media*, además de fomentar las respuestas rápidas» (Traducción de la autora).

ción en general más conocimientos sobre salud, así que en los próximos años debemos encontrar cuál es la mejor manera de usarlas para que la situación cambie para mejor.

La expansión de la health 2.0 *está por llegar*

Aunque las innovaciones tecnológicas avanzan a un ritmo vertiginoso, la expresión «salud digital» aún no forma parte de nuestro vocabulario habitual. En plena era digital, el *Mobile World Congress* sólo hace tres años que incluye en su programa un evento de *digital health*, en el cual las empresas líderes del sector tecnológico presentan innovaciones sobre el tratamiento de la salud mediante herramientas digitales.[40]

Para los pacientes, la salud digital ya es una realidad. Según el portal especializado *Doctoralia*, el 90% de los usuarios[41] de Internet lo ha usado para buscar contenidos relacionados con su salud; información que más adelante tiene un peso importante en la toma de decisiones del paciente (Scanfeld, Scanfeld, Larson, 2010). Así pues, ni los profesionales ni los otros agentes implicados (instituciones, hospitales, etc.) pueden quedarse al margen, porque estos debates en redes sociales «about public health topics are happening whether we participate or not» (Heldman, Schindelar, Weaver III, 2013: 12).[42] Aun así, se necesitan más datos para saber realmente qué efectividad tienen estos instrumentos a nivel de *engagement*, para determinar si influyen en los cambios de hábito de los pacientes (Heldman, Schindelar, Weaver III, 2013).

Según un informe elaborado por la plataforma *The App Date*, está previsto que en 2017 el 65% del mercado de la *mHealth* esté compuesto por aplicaciones que permitan monitorizar enfermedades crónicas,[43] entre otras el dolor. Si hablamos de *social media*, «chronic pain expressions […] are becoming a growing archive that can be accessed from anywhere

40 Digital Health & Wellness Summit. *Transforming Digital Health & Wellness through Innovation*. Barcelona, 22-25 de febrero de 2016. [Consultada el 10/12/2016].

41 Doctoralia. *1er Informe Doctoralia sobre Salud e Internet 2015*. [Consultado el 10/12/2016].

42 «Estos debates en redes sociales acerca de temas de salud pública están ocurriendo participemos o no» (Traducción de la autora).

43 The App Intelligence. *Informe 50 mejores apps de salud en español*. [Consultado el 10/12/2016].

in the world» (Ernst, Parikka, 2013, citados en Gonzalez-Polledo, Tarr, 2014: 2),[44] algo que indiscutiblemente está transformando las «narrativas de la enfermedad».[45] Es importante que en futuras investigaciones se plantee el uso de los *social media* no sólo como un mero complemento al tratamiento del paciente, sino como elementos estratégicos que definen la experiencia del dolor completamente diferente a lo que se ha determinado tradicionalmente (Gonzalez-Polledo, Tarr, 2014).

Ahora es el turno de los profesionales, y son ellos los que deben coger las riendas de la *health 2.0* para transformar el sistema tal y cómo lo entendemos actualmente. Y es que los *social media* nos ofrecen la posibilidad de volver a redefinir tanto los roles de los actores que participan de la *healthcare* como el diseño del propio sistema, para convertirlo en una estructura eficiente, económica, global y segura; además de proporcionarnos nuevas herramientas para mejorar el tratamiento de los pacientes. En definitiva, se trata de un proceso de cambio en el que nadie, sea profesional, paciente o un simple usuario, puede quedarse al margen. La revolución de los *social media* es una realidad, y ha llegado para quedarse.

Bibliografía

Allué, Marta (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral.

Antheunis, Marjolijn L.; Tates, Kiek; Nieboer, Theodoor E. (2013). «Patients' and health professionals' use of social media in health care: Motives, barriers and expectations». *Patient Education and Counseling*, 92: 426-431.

Bott, Elizabeth (2001). *Family and social network. Roles, Norms and External Relationships in Ordinary Urban Families*. Oxford: Routledge.

Chretien, Katherine C.; Kind, Terry (2013). «Social Media and Clinical Care. Ethical, Professional, and Social Implications.» *Circulation*, 127: 1413-1421. [Consultado el 10/12/2016].

44 Si hablamos de *social media*, «[…] las expresiones de dolor crónico se están convirtiendo en un repositorio de archivos creciente al que se puede acceder desde cualquier parte del mundo» (Traducción de la autora).

45 Según Hyden (1997), «el concepto «narrativa» empezó a aparecer en los estudios sobre medicina y enfermedad a principios de la década de 1980» (Hyden, 1997: 50). La narrativa es «una de nuestras formas más poderosas de expresar el sufrimiento y sus experiencias relacionadas» (Hyden, 1997: 49).

Comelles, Josep M. (1993). «La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria». *Revisiones en Salud Pública*, 3: 169-192.

Du Pré, Athena (2014). *Communicating About Health. Current Issues and Perspectives*. Nueva York: Oxford University Press.

Edosomwan, Simeon; Prakasan, Sitalaskshmi K.; Kouame, Doriane *et alii* (2011). «The History of Social Media and its Impact on Business.» *The Journal of Applied Management and Entrepreneurship*, 16(3): 79-91. [Consultado el 10/12/2016].

Eysenbach, Gunther (2008). «Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness». *Journal of Medical Internet Research*, 10(3): e22. [Consultado el 10/12/2016].

Flaherty, Stephen A. (1996). «Pain measurement tools for clinical practice and research». *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 64(2): 133-140.

Gureje, Oye; Von Korff, Michael; Simon, Gregory E.; Gater, Richard (1998). «Persistent Pain and Well-being. A World Health Organization Study in Primary Care». *The Journal of the American Medical Association*, 280(2): 147-151.

Goldberg, Daniel S.; McGee, Summer, J. (2011). «Pain as a global public health priority». *BMC Public Health*, 11: 770. [Consultado el 10/12/2016].

Gonzalez-Polledo, Elena; Tarr, Jen (2014). «The thing about pain: The remaking of illness narratives in chronic pain expressions on social media.» *New Media & Society*, 1-19. [Consultado el 10/12/2016].

Hadjistavropoulos, Thomas; Craig, Kenneth D.; Duck, Steve, *et alii* (2011). «A Biopsychosocial Formulation of Pain Communication.» *Psychological Bulletin*, 137(6): 910-939.

Hawn, Carleen (2009). «Take Two Aspirin and Tweet Me in the Morning: How Twitter, Facebook, and Other Social Media are Reshaping Health Care.» *Health Affairs*, 28(2): 361-368. [Consultado el 10/12/2016].

Harris, Jenine K.; Mueller, Nancy L.; Snider, Doneisha; Haire-Joshu, Debra (2013). «Local Health Deparment Use of Twitter to Disseminate Diabetes Information, United States.» *Preventing Chronic Disease*, 10: e70. [Consultado el 10/12/2016].

Heldman, Amy B.; Schindelar, Jessica y Weaver III, James B. (2013). «Social Media Engagement and Public Health Communication:

Implications for Public Health Organizations Being Truly "Social".» *Public Health Reviews*, 35(1): 1-18. [Consultado el 10/12/2016].

Househ, Mowafa (2013). «The Use of Social Media in Healthcare: Organizational, Clinical, and Patient Perspectives.» En: Courtney, Karen L.; Shabestari Omid; Kuo, Alex (eds.), *Enabling Health and Healthcare through ICT. Available, Tailored and Closer*. Amsterdam: IOS Press BV, 244-248.

Huguet, Anna, Miró, Jordi; Nieto, Rubén (2009). «The factor structure and factorial invariance of the Pain-Coping Questionnaire across age: evidence from community-based samples of children and adults.» *European Journal of Pain*, 13(8): 879-889.

Hyden, Lars-Christer (1997). «Illness and narrative.» *Sociology of Health & Illness*, 19 (1): 48-69.

Lewis, Milton J. (2007). *Medicine and Care of the Dying: A Modern History*. Nueva York: Oxford University Press.

Llamero, Lluïsa. (2015). *La credibilitat connectada. Pràctiques i representacions discursives de les audiències d'internet en els camps de la salut, l'economia i el turisme.* Tesis de Doctorado. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. [Consultada el 10/12/2016].

Mann, Eileen M.; Carr, Eloise C. J. (2009). *Pain. Creative approaches to effective management*. Nueva York: Palgrave Macmillan.

Merolli, Mark, Gray, Kathleen; Martin-Sanchez, Fernando (2013). «Developing a Framework to Generate Evidence of Health Outcomes from Social Media Use in Chronic Disease Management.» *Medicine 2.0*, 2(2): e3. [Consultado el 10/12/2016].

Mesko, Phyllis J., Elliades, Aris Beoglos, Christ-Libertin, Cheryl y Shelestak, Debra (2011). «Use of Picture Communication Aids to Assess Pain Location in Pediatric Postoperative Patients.» *Journal of Perianesthesia Nursing*, 26 (6): 395-404.

Miró, Jordi, Nieto, Rubén y Huguet, Anna (2008a). «The Catalan Version of the Pain Catastrophizing Scale: a useful instrument to assess catastrophic thinking in whiplash patients.» *The Journal of Pain*, 9(5): 397-406.

Miró, Jordi (2012b). «Evaluación de la intensidad del dolor en el paciente con cáncer.» *Psicooncología*, 9(2-3), 393-401. [Consultado el 10/12/2016].

Moorhead, S. Anne; Hazlett, Diane E.; Harrison, Laura *et alii* (2013). «A New Dimension of Health Care: Systematic Review

of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication.» *Journal of Medical Internet Research*, 15 (4): e85. [Consultado el 10/12/2016].

Ng, Eddy S.W.; Schweitzer, Linda; Lyons, Sean T. (2010). «New Generation, Great Expectations: A Field Study of the Millennial Generation.» *Journal of Business and Psychology*, 25(2): 281-292.

Park, Hyojung; Rodgers, Shelly; Stemmle, Jon (2011). «Health Organizations' use of Facebook for Health Advertising and Promotion.» *Journal of Interactive Advertsing*, 12(1): 62-77.

Perdiguero, Enrique (2009). «La salut a través dels mitjans. Propaganda sanitària institucional en l'Espanya dels anys vint i trenta del segle xx.» *Mètode*, 59: 61-69.

Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J. R. y Pérez, J. R. (2005). «El dolor y su tratamiento a través de la historia.» *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(6): 373-384. [Consultado el 10/12/2016].

Sánchez, Antonio; Ramos, Elvira; Marset, Pedro (1994). *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Scanfeld, Daniel; Scanfeld, Vanessa; Larson, Elaine L. (2010). «Dissemination of health information through social networks: Twitter and antibiotics.» *American Journal of Infection Control*, 38 (3): 182-188. [Consultado el 10/12/2016].

Sosnowy, Collette (2014). «Practicing Patienthood Online: Social Media, Chronic Illness, and Lay Expertise.» *Societies*, 4, 316-329. [Consultado el 10/12/2016].

Thackeray, Rosemary; Neiger, Brad L.; Smith, Amanda K.;Van Wagenen, Sarah B. (2012). «Adoption and use of social media among public health departments.» *BMC Public Health*, 12: 242. [Consultado el 10/12/2016].

Uittenhout, Herre (2012). *The use and effect of social media in health communication about common Head Lice*. Twente: University of Twente.

Walsh, Joseph; Eccleston, Christopher; Keogh, Edmund (2014). «Pain communication through body posture: the development and validation of a stimulus set.» *Pain*, 155(11): 2282-2290.

Wells, Deva M.; Lehavot, Keren; Isaac, Margaret L. (2015). «Sounding Off on Social Media: The Ethics of Patient Storytelling in the Modern Era.» *Academic Medicine*, 90(8): 1015-1019.

Wright, Kevin B.; Sparks, Lisa; O'Hair, H. Dan (2008). *Health communication in the 21st century*. Oxford: Blackwell Publishing.

TRANSDISCIPLINARIEDAD Y SALUD: COMPARTIR CONOCIMIENTOS PARA ENRIQUECER EL SABER[1]

Natàlia Carceller-Maicas
Medical Anthropology Research Center
Univeristat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: El presente texto reflexiona sobre las potencialidades de la investigación transdisciplinar en salud, a partir de una investigación-acción participativa con jóvenes. Para ello introduce en primer lugar los conceptos clave de participación y transdisciplinariedad, y describe en profundidad la metodología empleada; finalizándose el capítulo con la explicación del proceso de creación de dos materiales clave resultantes de la investigación: una guía de buenas prácticas y un documental.

Palabras clave: transdisciplinariedad, salud mental, investigación-acción participativa, juventud, metodología, antropología médica.

Trandisciplinarity and health: to enrich the kwowledge throw sharing wisdoms

Abstract: This text reflects on the potentials of the transdisciplinar research in health, based on our experience in participative research-action projects centered on youth mental health. It initiates with two theoretical basic concepts: participation and transdisciplinarity, and continues with a depth

1 Este trabajo ha sido desarrollado en el marco de los siguientes proyectos: «La vida medicada. Políticas sanitarias, consumo de antidepresivos y mundos vitales de los jóvenes catalanes», financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (CSO2012-33841); *The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health and lay strategies used in managing adversity*, financiado por la Fundació Marató TV3 (090730) y «Los malestares de los adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad», financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (CSO2009-08432).

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 245–262. ISBN: 978-84-8424-581-0. DOI: 10.17345/9788484245810

description of the used methodology; finalizing with the explanation of the process of creation of two key resultant materials of the investigation: a guide of good practices and a documentary film.

Keywords: transdiciplinarity, mental health, participative research-action, youth, methodology, medical anthropology.

Participación y transdisciplinariedad, los pilares del cambio en investigación en salud

Lograr un buen sistema de salud que trabaje por y para el conjunto de la sociedad es posible, pero alcanzar este objetivo resulta imposible si las opiniones y necesidades de la gente no son tomadas en cuenta. La gestión de los problemas sociales y sanitarios debe ser pensada partiendo de las oportunidades y de las prácticas que promueven el reconocimiento de los colectivos implicados (Scandroglio, Lopez, 2010; Schnitman, 2000). Es la participación de los diversos actores involucrados la que hace posible que se dé una integración real los diversos saberes y de sus protagonistas. Lográndose de este modo un nuevo saber sincrético que excede la suma de los saberes individuales (Betancourt, 2013). No es pues de extrañar que en los últimos años se haya incrementado el uso de metodologías participativas como modo de aproximarse a la investigación antropológica. Aunque es importante señalar que esta metodología no es de reciente creación, pues en realidad goza de un bagaje histórico que es interesante conocer.

Las primeras iniciativas en investigación participativa surgieron a inicios de 1940, aumentando a lo largo de los años 60. Llevadas a cabo principalmente en Latinoamérica, se encaminaban a hacer de la participación comunitaria el elemento clave en el campo de atención a la salud (Haro, De Keijzer, 1998). Pero no fue hasta el encuentro de Alma Alta que la participación en salud se definió y consideró el pilar central de las nuevas estrategias en atención primaria en salud (OMS, 1978). Hubo que esperar casi una década (a la primera conferencia internacional de promoción de la salud, en 1986 en Ottawa) para que se sentaran las bases para mejorar la «Salud para Todos» para el año 2000, entre las cuales destacan la participación social y la inter-sectorialidad (Anigstein, 2008).

La salud es un campo que engloba un gran rango de fenómenos de investigación. Todos estos pueden abordarse partiendo de diversas áreas de

conocimiento, abarcando desde las ciencias biológicas hasta la estadística y epidemiología, ciencias médicas y ciencias sociales, entre otras. Cada una de estas áreas proporciona una perspectiva específica del fenómeno, y contribuyen a enriquecer el saber global nutriéndolo de hipótesis, métodos y paradigmas teóricos tan diversos como válidos. Pero el resultado de esto son muchas investigaciones centradas en el mismo tema, pero abordándolo de modo inconexo; lo cual provee finalmente de visiones interesantes pero parciales y unifocales. En pro de superar esta limitación han surgido diversos conceptos, tales como interdisiciplinariedad, multidisciplinariedad y transdisciplinariedad.[2] Estos conceptos hacen referencia, de modos distintos, a la articulación de diferentes áreas de conocimiento para el abordaje conjunto de un mismo tema de investigación (Rosenfield, 1992; Schnitman, 2000; Choi, Pak, 2008; Fawcett, 2013; Luz, 2009). Esta articulación de saberes contribuye a mejorar el proceso investigador nutriéndolo de diversos saberes expertos de un modo interconectado que favorece el surgimiento de un saber multifocal y profundo. El uso de este tipo de investigación para lidiar con las problemáticas en salud bien merece la pena, puesto que conlleva la obtención de interesantes resultados cualitativamente diferentes a los que pueden obtenerse mediante otro tipo de metodologías; configurándose, así, como una buena aproximación para la creación de nuevo conocimiento (Rosenfield, 1992; Ratcliffe, 1989; Hirsch *et alii,* 2008). Así pues, no es insólito que el aumento del uso de metodología participativa se diera en paralelo al surgimiento de proyectos en los que trabajaban conjuntamente científicos sociales y de la salud, los cuales unían sus esfuerzos para estudiar y proporcionar recomendaciones encaminadas a atender y solucionar una amplia gama de problemas de salud. Este tipo de «coincidencias» no son para nada casuales, pues tal y como defiende Rosenfield en aquel momento eran necesarios nuevos modos de pensar y actuar, y nuevos modos de relacionarse con otro tipo de pensamiento; configurándose la aproximación transdisciplinar como la respuesta a dicha necesidad de innovación pues «esta proporciona el elemento crítico que falla en la investigación colaborativa tal como se desarrolló en los años 1980 y 1990» (Rosenfield, 1992: 1344). Este hilo de acontecimientos es el que ha propiciado que cada vez más investigadores

2 Para ver de un modo claro y conciso las diferencias existentes entre los conceptos de «transdisicplinariedad», «multidisciplinariedad» e «interdisciplinariedad» y el debate que suscitan se recomienda ver Luz (2009).

empleen este tipo de aproximación metodológica en sus proyectos de investigación, puesto que les permite obtener resultados significativos tanto en el ámbito académico como en el práctico.

La investigación transdisciplinar se caracteriza por el trabajo conjunto y coordinado de profesionales procedentes de diferentes campos del conocimiento, los cuales emplean esquemas conceptuales compartidos. De este modo los límites existentes entre las diversas disciplinas se tornan menos rígidos, y llegan a difuminarse. La transdisicipinariedad debe ser vista como un proceso, como una acción estratégica encaminada a la transformación científica. Esto permite que surja la construcción conjunta de nuevas teorías, conceptos y métodos que permitan lidiar con las problemáticas cotidianas de un modo nuevo y holístico; desarrollándose nuevos análisis empíricos y conceptuales que permitan implementar nuevas estrategias de acción en la práctica social. Proporcionando, así, «un constructo organizativo más comprensivo […] que representa de un modo más fidedigno la realidad histórica y actual en la que los problemas de salud son situados» (Rosenfield, 1992: 1351).

Uno de los factores que respalda la importancia de trabajar de modo participativo con equipos transdisciplinares de investigación es la influencia que ejerce el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (definido por Menéndez, 1990) el cual genera, de un modo sutil, profundas e importantes asimetrías en el sistema de atención a la salud. Tal y como demuestran las experiencias llevadas a cabo, la mayoría de procesos participativos en salud están influenciados por la hegemonía biomédica y por su inherente asimetría (Fernández-Lamelas, Vega-Monteagudo, 2010). El MMH contribuye a la creación y difusión de un modo particular de ver el papel que juega el científico biomédico, lo cual, en la práctica, mengua la legitimidad del resto de profesionales de la salud (Weinstein, 1998); y repercute en el conjunto de la sociedad en lo referente al proceso de toma de decisiones en torno a su propia salud, produciendo una especie de resignación al controlar los recursos disponibles y los significados asociados a ellos (Anigstein, 2008).

La figura del doctor y la del resto del equipo de profesionales de la salud están aún posicionadas en un lugar que, en términos relacionales, presenta tal asimetría que incluso dificulta llevar a cabo procesos participativos satisfactorios. Para solventar esta situación y promover la participación en salud es clave cuestionar el MMH y su papel como fuente definitoria y mediadora de los procesos de participación social en salud.

Actualmente, en salud mental la omnipresencia del MMH y sus consecuencias son fáciles de observar. La estigmatización que sufren los pacientes con problemas de salud mental incrementa la asimetría existente en las relaciones interpersonales que se dan entre ambos colectivos, lo cual sitúa a las personas con problemáticas de salud mental en una posición inferior en la que sus experiencias y sus saberes legos quedan minusvalorados en contraposición a la sobrevaloración del discurso biomédico hegemónico de los profesionales. En las últimas décadas han surgido iniciativas encaminadas a luchar contra este fenómeno (Munarriz, 2013; Olivera, 2005). Gracias a ellas se ha observado cómo la implementación de proyectos participativos en salud mental ayuda a situar a los pacientes diagnosticados de trastornos mentales severos diversos en una mejor posición, en la que son considerados ciudadanos de pleno derecho (Casal, 2011). La participación en salud mental ofrece a la gente, tanto a los pacientes diagnosticados como a sus familiares y amigos, un nuevo lugar en el que situarse y a partir del cual crear nuevos roles y establecer nuevas relaciones, lejos de los posicionamientos habituales caracterizados por la medicalización y la estigmatización (Radio Nikosia, 2005). Las personas con problemas de salud mental necesitan disponer de puntos de encuentro en los que el estigma no esté presente (Palacios, Bariffi, 2007). Es en estos nuevos espacios en los que sus narrativas de malestar y experiencias de enfermedad son escuchadas y valoradas como es debido. Es a partir del uso y del compartir estos saberes «profanos» y «expertos», obtenidos por medio de procesos participativos, que se puede empezar a promover iniciativas que permitan superar la asimetría existente en el sistema de atención a la salud.

Lograr un buen sistema de atención en salud que trabaje por y para la sociedad es posible, pero para ello es necesario que las opiniones y necesidades de la gente sean tenidas en cuenta. Por tanto, resulta esencial la participación de los diferentes actores involucrados, pues hace posible la integración real de los protagonistas y de sus saberes, logrando la construcción de un nuevo saber sincrético que excede el sumatorio de los saberes individuales (Betancourt, 2013). La investigación-acción participativa se configura, así, como el mejor modo de integrar, de un modo equitativo, las voces de todos los grupos involucrados; permitiéndonos así superar la asimetría y crear relaciones horizontales mediante las cuales lidiar con los problemas de atención a la salud de un modo holístico e integrador.

Al realizar investigación-acción participativa es clave identificar los colectivos interesados en solventar y/o mantener el problema (Clemente, 1992). Es necesario dar voz a todas las partes implicadas y promover un diálogo horizontal entre ellas; siendo en nuestro caso las partes interesadas los profesionales de la salud mental y la juventud catalana.

Otro punto esencial es la participación activa de todos los sujetos y su implicación y responsabilidad en la toma de decisiones en todas las fases del proyecto. De este modo todas las personas involucradas (investigadores e informantes) poseen el mismo grado de responsabilidad e importancia, y el proyecto les pertenece a todos por igual; tal y como muestran los ejemplos prácticos que se exponen en este capítulo.

Así pues, basándonos en nuestra experiencia en el diseño, implementación y desarrollo de tres proyectos de investigación-acción participativa mostraremos como el uso de metodologías participativas en investigación aporta grandes ventajas, como: favorece la comunicación horizontal y las relaciones basadas en la reciprocidad y en la simetría entre los integrantes de la investigación, promueve la existencia de un diálogo fluido entre los participantes, posibilitar el surgimiento de debates entre los participantes, se nutre del saber plural de los miembros del grupo (incluyendo el saber experto y profano), y logra que todos los participantes se sientan parte integrante y proactiva de la investigación. Contar con estas ventajas e incorporarlas a nuestra investigación resulta interesante, siendo especialmente recomendable si estudiamos el ámbito de la salud (Ortega *et alii*, 2014; Navas *et alii*, 2010). Además, trabajar con un equipo transdisciplinar permite que tanto el proceso como los resultados se vean beneficiados (Hills, Mullet, Carroll, 2007). Pero previamente a los materiales se presentarán los proyectos de investigación de los que éstos surgen para ubicar al lector en el desarrollo del proceso de investigación.

Implementación de proyectos de investigación-acción participativa en salud: técnicas y metodología

El objetivo principal de nuestros proyectos de investigación-acción participativa[3] es analizar los perfiles sociales de los adolescentes con trastornos

3 «La vida medicada. Políticas sanitarias, consumo de antidepresivos y mundos vitales de los jóvenes catalanes» CSO2012-33841. «The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health and lay strategies used in managing adversity» 090730. «Los malestares de los

de tipo depresivo y/o ansioso y con malestares de tipo subclínico, así como dilucidar los motivos por los que usan o evitan los servicios públicos de salud mental.

Los problemas de salud mental, especialmente los malestares subclínicos de depresión y ansiedad, son comunes en adolescentes y jóvenes. En Cataluña la prevalencia de los trastornos depresivos y ansiosos es del 14,3% y 31,9% respectivamente. A pesar de esta prevalencia, los adolescentes y jóvenes son el grupo de edad que menor uso hace de los servicios de salud mental. Diversos estudios evidencian que en los países de rentas altas tan solo entre el 18 y el 34% de adolescentes y jóvenes con trastornos depresivos y/o ansiosos diagnosticados llegan a ser tratados por profesionales de salud mental; incluso cuando la atención es gratuita (Merikangas *et alii*, 2010; Gulliver, Griffiths, Christensen, 2010). Para investigar y analizar en profundidad el citado fenómeno reunimos un equipo transdisciplinar formado por profesionales de las ciencias sociales y sanitarias. El proyecto de investigación se diseñó conjuntamente, y contó durante toda su implementación y desarrollo con la participación activa de los informantes.

Nuestra aproximación al fenómeno de estudio fue mixto cuantitativo y cualitativa. En primer lugar realizamos un análisis estadístico del *Panel de Famílies i Infància* (PFI), una base de datos diseñada por el Consorci Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU), construida a partir de un estudio sociológico longitudinal realizado en cuatro oleadas. Se inició en 2006 con la selección de una muestra representativa de más de 3000 adolescentes catalanes. A lo largo de la investigación se fueron añadiendo nuevas cohortes (Ciimu, 2012; Martínez-Hernáez *et alii*, 2012). Se contactó con los adolescentes por medio de sus centros educativos, participando 70 centros de toda Cataluña. Se preguntó a los adolescentes sobre estados emocionales negativos, empleando para ello escalas y cuestionarios autoadministrados, así como sobre la existencia previa de diagnósticos depresivos/ansiosos, entre otros muchos factores. Nuestro proyecto constituye la quinta oleada, y en la primera fase de esta etapa se analizó el conjunto de datos cuantitativos recopilados en el *Panel de Families i Infància*.

La segunda fase consistió en un estudio etnográfico de 105 casos seleccionados a partir de dicha muestra. Se empleó el método etnográfico

adolescentes. Estilos de vida, salud mental y estrategias profanas para afrontar la adversidad» CSO2009-08432.

debido a que la relación dialógica que provee proporciona la base epistemológica y metodológica necesaria para situarnos entre el saber profano y experto (Martinez-Hernaez, 2010), lo cual permite lograr una mejor comprensión de los diferentes mundos vitales de aquellos que se encuentran inmersos en el ciclo de evitación. Se seleccionaron 50 jóvenes por subgrupo:

- Jóvenes con diagnóstico de depresión/ansiedad.
- Jóvenes con malestares depresivos/ansiosos auto-percibidos, pero sin un diagnóstico clínico profesional.
- Jóvenes sin malestar auto-percibido ni diagnóstico clínico de depresión/ansiedad.[4]

Finalmente, la muestra de informantes fue de 105 jóvenes: 37 del grupo de diagnóstico, 33 del grupo de malestares subclínicos, y 35 del grupo control.

A continuación, se inició la fase de entrevistas. Se exploraron los «modelos explicativos» que manejan los adolescentes en torno a su malestar, las razones por las cuales no buscan ayuda profesional, así como las estrategias de afrontamiento y auto-atención que emplean. Seguidamente se realizaron 4 grupos focales, 3 con jóvenes y uno con profesionales de la salud mental (incluyendo psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras y enfermeros). Los participantes en los grupos focales fueron seleccionados de la muestra de 105 informantes, incluyendo jóvenes de los tres subgrupos.

Se les preguntó sobre sus percepciones en torno al sistema de salud, las instituciones sanitarias y los profesionales de la salud: qué sabían sobre ellos, cuáles consideraban que eran las principales causas para evitar utilizar los recursos sanitarios, y cuáles serían sus recomendaciones, como potenciales usuarios, para superar las barreras detectadas. Posteriormente se preguntó sobre los mismos temas a los profesionales, proporcionándoles la información recopilada en los grupos focales de jóvenes para que estuvieran al tanto de sus opiniones sobre el ciclo de evitación, ofreciéndoles una base a partir de la cual poder generar debates y nuevas aportaciones.

Finalmente, se realizó un grupo de discusión mixto de profesionales y adolescentes en el que debatieron sobre los principales obstáculos detectados por ambos colectivos y se formularon sugerencias y recomendaciones

4 Se produjo una pérdida de la muestra ocasionada por cambios de domicilio, imposibilidad de reestablecer el contacto, o por negativa a participar en la investigación.

para superarlos. Es clave señalar que durante el desarrollo del grupo mixto de discusión se cumplieron dos cualidades esenciales de un buen modelo participativo: la comunicación horizontal, y las relaciones recíprocas y simétricas entre todos los integrantes del grupo (jóvenes y profesionales de la salud mental).

El proceso de construcción de la *Guía de Buenas Prácticas*[5] (Carceller-Maicas *et alii*, 2013) fue en todo momento cooperativo y participativo, y contó con la implicación de profesionales, jóvenes e investigadores. Los obstáculos detectados fueron recogidos y debatidos en profundidad en los grupos focales y de discusión, intentando en todo momento detectar, evidenciar y analizar las posibles causas y razones que ocasionan la infra-utilización de los servicios de salud mental juvenil.

A lo largo de este proceso dialógico entre los actores clave surgieron interesantes temas de debate. Se produjo un análisis crítico en el que los diferentes campos de saberes profesionales y el saber profano fueron escuchados, valorados y considerados de forma igualitaria. Gracias a la integración conjunta de los saberes provenientes de esos diversos campos de experiencia el material final se vio enriquecido; siendo esta una de las ventajas prácticas que aporta la investigación-acción participativa llevada a cabo por equipos de trabajo transdisciplinar. (Scandroglio, López, 2010).

La información procedente de los grupos focales y de discusión fue recopilada y organizada en un primer borrador de la *Guía de Buenas Prácticas*, que revisaron los profesionales y el grupo de jóvenes. Sus comentarios, sugerencias y recomendaciones fueron tenidos en cuenta e incorporados en la redacción final. La coordinación de la *Guía* la llevó a cabo por un equipo transdisciplinar compuesto por un antropólogo, una médico, una trabajadora social y una psicóloga, todos expertos en antropología médica.

La Guía de Buenas Prácticas en Salud Mental Juvenil

La citada guía (Carceller-Maicas *et alii*, 2013) es un material práctico, creado para dar respuesta a la infra-utilización de los recursos y servicios

5 El título completo de la guía es: *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales.*

de salud mental destinados a público adolescente y joven. Se inscribe, del mismo modo que otros materiales de este estilo, en la promoción y educación para la salud, siendo su objetivo principal fomentar la reflexión como herramienta analítica de trabajo práctico y de mejora.

La *Guía* se estructura en diez temas principales detectados a lo largo del proceso de trabajo colaborativo: 1) Promoción de la salud y la prevención; 2) Normalización y desestigmatización; 3) Formación (en adolescencia y salud mental); 4) Coordinación y trabajo en red; 5) Accesibilidad; 6) Planificación y organización; 7) Calidad de la comunicación; 8) Atención clínica; 9) Participación; 10) Investigación.

Cada uno de estos temas está organizado por secciones que ayudan al lector a comprender cada temática y su importancia, explican los diferentes obstáculos detectados alrededor de cada una de ellos y aportan diversas recomendaciones para superar los obstáculos. Los apartados finalizan con una sección en la que se sugieren algunas preguntas destinadas a promover la autorreflexión como método para indagar sobre la actuación de los dispositivos y sus profesionales, encaminado a la autoevaluación.

No es posible entrar en detalle sobre cada apartado y sus particularidades, pero proponemos una aproximación esquemática al contenido de la *Guía*, algunos de los obstáculos detectados, y las recomendaciones para superarlos:

Tabla 1.

TEMÁTICAS	1.Promoción y prevención de la salud.	2.Normalización y Des-estigmatización	3.Formación en adolescencia y salud mental	4.Coordinación	5.Accesibilidad	6. Planificación, organización y programación del servicio.	7.Calidad de la comunicación	8.Atencion clínica	9.Participación	10.Investigación
OBSTÁCULOS	Ausencia de trabajo colaborativo entre las familias y los servicios de atención a la salud.	Fuerte estigma asociado a los malestares mentales.	Tendencia de los adultos a:	Falta de atención integral que involucre e incluya a todos los servicios de atención existentes.	Los horarios de atención son los mismos que los horarios de las escuelas.	Temporalidad de las visitas: Visitas demasiado cortas, y demasiado lapso de tiempo entre una visita y la siguiente.	Excesivo uso del argot profesional y falta de uso de un lenguaje más cercano y coloquial.	Falta de adaptación de la historia clínica al paciente adolescente.	Falta de espacios para la participación activa de los pacientes.	Los profesionales están acostumbrados a ver la investigación como algo distante y ajeno a su práctica profesional.
RECOMENDACIONES	Reforzar y promover el trabajo en red entre los servicios de atención a la salud mental, los jóvenes y sus familias.	Realizar una campaña de normalización en los medios de comunicación.	Impartir cursos y formación en cuyo diseño y desarrollo participen los adolescentes, para que así puedan explicar su propia experiencia.	Fomentar la coordinación y cohesión entre todos los servicios. Posibilitar la atención integral de la gente joven.	Horarios de atención distintos a los horarios de las escuelas.	Posibilitar una atención temprana para la primera vista, y reducir el lapso de tiempo entre visitas.	Evitar el argot profesional innecesario para facilitar la comprensión.	Adaptar la historia clínica mediante la inclusión de:	Crear canales y medios para incrementar la participación.	Promover el desarrollo de investigaciones centradas en la mejora de los servicios de atención.

A pesar de que ambos grupos de actores parecen venir de mundos distintos y separados, los obstáculos detectados no fueron radicalmente distintos. Muchos de los obstáculos eran compartidos. La decisión de unir a los dos grupos de actores principales en un mismo grupo de trabajo posibilitó que los resultados se nutrieran de los distintos saberes, permitiéndonos abordar los problemas detectados desde una perspectiva holística compuesta por la integración de los saberes compartidos.

Documental: Adolescencias: crisis, malestar y crecimiento[6]

La siguiente fase del proyecto fue el rodaje de un documental. La idea de crear este material visual surgió de una de las recomendaciones efectuadas en la *Guía*. Tanto los jóvenes como los profesionales consideraron interesante y necesario la producción de materiales que promovieran la normalización de este periodo vital y de los malestares que en él se padecen. Para lograrlo se contó con la colaboración de profesionales de diversas áreas especializadas, tales como periodistas, documentalistas, antropólogos y antropólogos médicos, aumentando así el equipo transdisciplinar.

Siguiendo con la lógica del proyecto contamos con los dos grupos de actores: profesionales de la salud mental, y jóvenes y adolescentes. El objetivo fue crear un diálogo fluido entre los actores principales basado en la articulación de sus respectivos puntos de vista. Para ello contactamos con los profesionales y jóvenes involucrados en el proyecto. Los actores del documental fueron: 4 profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas) y 6 jóvenes (3 chicas y 3 chicos). Las entrevistas filmadas se realizaron a cada uno de los participantes por separado. El equipo de rodaje estuvo compuesto por un técnico documentalista, un antropólogo-periodista que rodaba la escena (imagen y sonido), y un periodista experto también en antropología médica encargado de realizar las entrevistas. Tras la realización de las entrevistas el equipo se encargó de la producción y composición del documental, uniendo los fragmentos

6 Ficha técnica: *Adolescències: crisi, malestar i creiximent* (2013). Dirección: Correa-Urquiza, Martín; Rius Sagrera, A.; Segura Cuella, Raquel. *Guión*: Rius Sagrera, A.; Correa-Urquiza, Martín. *Producción*: Carceller-Maicas, Natalia; Martínez-Hernáez, Ángel; Correa-Urquiza, Marrtín. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la URV. 27:08 minutos, en versión original (castellano/catalán) con subtítulos en inglés. [Consultada el 10/12/2016].

clave para crear un diálogo compuesto por las intervenciones de todos los participantes.

El objetivo principal del Documental: *Adolescències. Crisi, malestar i creiximent* es normalizar y desestigmatizar la adolescencia y los malestares asociados a esta. Para lograr este objetivo se trataron temas clave que permitían romper con los prejuicios asociados a este periodo vital. Los temas tratados son: qué se entiende por adolescencia; las crisis y malestares relacionadas con este periodo vital y sus causas; la importancia de las relaciones sociales; el proceso de tránsito entre la adolescencia y la adultez; las estrategias de afrontamiento del malestar; el proceso de búsqueda de ayuda; las razones por las cuales no demandan ayuda profesional; la estigmatización; y los obstáculos detectados en los servicios de atención especializados y las recomendaciones para solventarlos.

Discusión

La transdisciplinariedad resulta recomendable, pero si además trabajamos de modo participativo resulta incluso mejor, puesto que trabajar en proyectos de investigación-acción participativa con equipos de investigación transdisciplinar aporta interesantes ventajas. La investigación-acción participativa es el mejor modo de integrar, de un modo equitativo e integrador, las voces de todos los actores involucrados; puesto que permite superar la asimetría y establecer relaciones horizontales que permiten lidiar con las problemáticas en salud de un modo integrador y holístico.

Uno de los puntos más importantes a tener en cuenta al realizar proyectos de este tipo es identificar los colectivos interesados en solucionar y/o mantener el problema. Para trabajar de manera participativa en la solución del problema se necesita dar voz a todas las partes implicadas y promover el diálogo horizontal entre ellas; recopilando los diversos puntos de vista para lograr una visión completa del fenómeno. Otro aspecto esencial de este tipo de investigación es la participación de todas las personas como parte activa y responsable del proceso de toma de decisiones a lo largo del proceso de investigación. Sólo de este modo todos los implicados en el proyecto (investigadores e informantes) tienen el mismo grado de importancia y responsabilidad, lográndose así que el proyecto pertenezca a todos en la misma medida.

La variedad de integrantes y de disciplinas en la composición del equipo de investigación es otro asunto a tener en cuenta, puesto que a mayor variedad más se enriquecerán el proceso y los resultados, aportando así el valor añadido de aproximarnos a nuestro fenómeno de estudio desde diferentes áreas del saber. Este punto unido con la utilidad social del conocimiento obtenido transforman nuestra investigación en una investigación práctica y mejorada, puesto que los resultados de este tipo de proyectos no tienen sólo repercusión académica, sino que gozan además de un carácter práctico, tal y como se ha podido evidenciar a partir de los materiales presentados: la *Guía de Buenas Prácticas* y el documental.

El nuestro es el primer estudio sistemático realizado en España sobre el proceso de «non-help-seeking» o de «no-búsqueda-de-ayuda» en adolescentes y jóvenes con malestares de tipo depresivo y/o ansioso. Emplear este sistema de trabajo en la investigación ha sido útil para reducir la brecha entre el discurso y la práctica, así como para incidir de manera eficaz en las desigualdades en salud (Barten, 2012). Específicamente nos ha ayudado a superar los obstáculos detectados en el proceso de no-búsqueda-de-ayuda, a ayudar a mejorar las prácticas profesionales y el acceso a los servicios especializados de atención a la salud mental juvenil, y a contribuir a la normalización de la adolescencia y los malestares asociados a ella, entre otros múltiples aspectos (Carceller-Maicas, 2015).

Este tipo de investigación requiere una profunda preparación previa, pues, para alcanzar las metas fijadas cuando se trabaja en un equipo transdisciplinar, cada uno de los integrantes del equipo debe estar suficientemente familiarizado con los conceptos y las aproximaciones de sus colegas, para así difuminar los límites entre las diversas disciplinas; si esto sucede la autoridad disciplinar pierde importancia, y el problema y su contexto son abordados por medio de un análisis más amplio y profundo (Rosenfield, 1992). El punto clave para lograr el éxito en este concepto y en su práctica fue aportado por Almeida Filho en 2000: «la base reside en la posibilidad de comunicación no entre disciplinas, sino entre los agentes de cada campo a través de la circulación no de los discursos, sino de los sujetos de los discursos», y «aquellos agentes de la práctica científica que tienen acceso a la formación transdisciplinar son quienes pueden transitar entre al menos dos campos disciplinarios» (Almeida, 2000:20), siendo este el caso de los antropólogos médicos, los cuales transitan entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud.

Conclusiones

En resumen, podemos afirmar que nuestra experiencia muestra cómo el uso de una aproximación metodológica basada en la investigación-acción participativa implementada por un equipo transdisciplinar enriquece el proceso de investigación, los resultados obtenidos, y los materiales producidos. La articulación de estas aproximaciones complementarias nos ha permitido crear un diálogo que se nutre de los saberes interconectados, contribuyendo así a construir un nuevo conocimiento sincrético fruto de la unión de los saberes compartidos.

Bibliografía

Almeida Filho, Naomar (2000). «Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto.» *RAP Rio de Janeiro,* 34(6):11-34. [Consultado el 10/12/2016].

Anigstein, M. S. (2008). «Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector.» *Revista Mad,* 19: 77-88. [Consultado el 10/12/2016].

Barten, Françoise (2012). «Comentario sobre investigación en sistemas de salud, atención primaria de salud y participación para la transformación social.» *Saúde em Debate*, 36 (94):348-351. [Consultado el 10/12/2016].

Betancourt, Jose A. (2013). «Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública.» *Rev Panam Salud Publica*, 34(5):359–63. [Consultado el 10/12/2016].

Brullet Tenas, Cristina; Gómez-Granell, Carmen (coords.) (2008). *Malestares: infancia, adolescencia y familias*. Barcelona: Grao.

Carceller-Maicas, Natalia (2015). «Sharing Wisdom(s) to Enrich Knowledge: Working in an Interdisciplinary Research Team in Medical Anthropology.» *Collegium Antropologicum,* 39(2): 307–31. [Consultado el 10/12/2016].

Carceller-Maicas, Natalia; Puig, Carmina; Vega-Monteagudo, Carmen; Martínez-Hernaez, Ángel (2013). *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales.* Tarragona: Publicacions URV. [Consultado el 10/12/2016].

Casal Álvarez, Juan C. (2011). «La Asociación Alonso Quijano de Madrid: participación social en la salud mental.» *Estudos de Psicologia*, 16(3):373-377. [Consultado el 10/12/2016].

Clemente, Miguel (1992). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Eudema.

Choi, Bernard C. K.; Pak, Anita W. (2008). «Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline.» *Clin Invest Med,* 31(1): E41-8.

Fawcett, Jacqueline (2013). «Thoughts About Multidisciplinary, Interdisciplinary, and Transdisciplinary Research.» *Nurs Sci Q*, 26(4):376-379.

Fernández-Lamelas, Eva; Vega-Monteagudo, Carme (2010). «Participación comunitaria en salud: ¿realidad o ficción?» *Enferm Clin*., 20(4):213-215.

Gulliver, Amelia; Griffiths, Kathleen M.; Christensen, Helen (2010). «Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: a Systematic Review.» *BMC Psychiatry*, 10(1):1. [Consultado el 10/12/2016].

Haro, Jose A.; De Keijzer, Benno (1998). *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. México: Colegio de Sonora.

Hills, M.; Mullett, J.; Carroll, S. (2007). «Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care.» *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007, 21(2/3):125–35. [Consultado el 10/12/2016].

Hirsch Hadorn, Gertrude; Hoffmann-Riem, Holger; Biber-Klemm, Susette *et alii* (eds.) (2008). *Handbook of Transdisciplinary Research*. Berlin: Springer.

Luz, Madel (2009). «Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática.» *Saúde Soc.* 18(2): 304-311. [Consultado el 10/12/2016].

Martínez-Hernaez, Angel (2010). «La etnografía como dialógica: hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias.» En Checa y Olmos, Francisco; Arjona Garrido, Ángeles (eds.) *Transitar por espacios comunes*. Barcelona: Icaria, 57-84.

Martínez-Hernáez, Ángel; Marí-Klose, Marga; Julià, Albert, *et alii* (2012). «Consumo diário de tabaco en la adolescencia, estados de áni-

mo negativos y rol de la comunicación familiar». *Gaceta Sanitaria*, 26(5): 421-428. [Consultado el 10/12/2016].

Menéndez, E. (1990). *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica.* México: Editorial Alianza.

Merikangas, Kathleen; He, Jian-ping; Burstein, Marcy *et alii* (2010). «Lifetime Pre- valence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication– Adolescent Supplement (NCS-A)». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49: 980-989. [Consultado el 10/12/2016].

Munarriz Ferrandis, Mikel (2013). «in ti no soy nada. Participación de usuarios en Salud Mental». *Rev Asoc Esp Neuropsiq.*, 33(118): 239-242. [Consultado el 10/12/2016].

Navas Perozo, Rita; Rojas De Morales, Thais; Álvarez, Carmen Júlia; Fox Delgado, Mariela (2010). «Participación comunitaria en los servicios de salud». *Revista de Ciencias Sociales*, XVI (2): 329-345. [Consultado el 10/12/2016].

Olivera, A. (2005). «La Colifata, radio terapia des-estigmatizante». *L'Interrogant*, 6: 60-66. [Consultado el 10/12/2016].

Ortega López, Ángela; Morales Asencio, Jose Miguel; Rengel Díaz, Cristobal *et alii* (2014). «Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalaria.» *Atención Primaria*, 46(4): 204-213.

Palacios, Agustina, Bariffi, Francisco (2007). *La discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los derechos humanos de las personas con Discapacidad.* Madrid: Editorial Cinca.

Radio Nikosia (2005). *El libro de Radio Nikosia: Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.

Ratcliffe, John W. (1993). «Integrative, transdisciplinary research methodology: principles and application strategies». En: Lafaille, Robert; Fulder, Stephen (eds.), *Towards a New Science of Health.* Londosn & New York: Routledge, 169-182.

Rosenfield, Patricia (1992). «The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences». *Social Science & Medicine*, 35 (11), 1343-1357.

Scandroglio, Barbara; López, Jorge (2010). «Investigación-Acción-Participativa con la Agrupación Latin King en Madrid: potencialidades y

límites de una estrategia alternativa al control de los grupos juveniles conflictivos.» *Revista de Antropología Iberoamericana*, 5(2): 222-255. [Consultado el 10/12/2016].

SCHNITMAN, Fried (2000). *Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos*. Buenos Aires: Granica.

WEINSTEIN, Marisa (1998). «Participación Social en Salud: Acciones en curso». *Nociones de una Ciudadanía que Crece*, 177.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNICEF (1978). *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma Alta, U.S.S.R. Ginebra: World Health Organization, 6-12 de septiembre de 1978. [Consultado el 10/12/2016].

DEL PATERNALISMO A LA APOMEDIACIÓN: LA NUEVA RELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES

Lluïsa Llamero
Universitat Ramon Llull, Barcelona

Resumen: La popularización de Internet ha generado nuevos hábitos de autoeducación médica entre la población. A través de relatos de pacientes, cuidadores y médicos, este capítulo expone cómo la tradicional relación paternalista entre médicos y pacientes se está sustituyendo por un diálogo más equitativo. Esta tendencia tiene implicaciones teóricas afines a la definición de *apomediación*, según la cual los médicos recomiendan recursos de e-salud a sus pacientes y les guían en su interpretación.

Palabras clave: apomediación; e-salud; relación médico-paciente; autoridad cognitiva; credibilidad.

From paternalism to apomediation: the new doctor-patient relationship

Abstract: The adoption of the Internet has developed new self-learning habits about medicine among the general population. This chapter reflects on a trend to replace the traditional paternalist relationship between doctors and patients by a more dialogic relationship. First-hand accounts by patients, caregivers and doctors support this statement. This trend has theoretical implications in line with the definition of *apomediation*, which states that doctors endorse e-health resources to their patients and guide them in interpreting contents.

Keywords: apomediation, e-health, doctor-patient relationship, cognitive authority, credibility.

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 263–281. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

Introducción

El consumo de información digital se enmarca en un cambio cultural que está alterando la producción de significado y los principios éticos que regulan las relaciones sociales. En este marco de transición, el ámbito de la salud está viviendo una reconfiguración de conceptos como «autonomía» o «rol de enfermo», junto con la emergencia de debates entorno a nuevas conceptualizaciones destinadas a caracterizar la relación médico-paciente. La naturaleza de esta relación está cambiando en consonancia con el auge de la comunicación mediada por ordenador y el declive de la comunicación de masas.

El ecosistema mediático digital es la principal fuente de consulta y, para muchos usuarios, también la ventana de acceso al conocimiento. La preeminencia que ha adquirido Internet tiene un componente simbólico, resultado de la fascinación por las innovaciones tecnológicas. En la actualidad, los ordenadores y dispositivos móviles se han erigido en sinónimos de conocimiento (Morley, 2007). Aunque el determinismo tecnológico —creer que nuevas tecnologías van a facilitar un progreso social y cultural por sí mismas— ha sido ampliamente estudiado y criticado desde foros académicos (Morley, 2007; Mosco, 2004) sigue estando presente en el imaginario colectivo. Dentro de esta percepción popular, Internet se ha alzado como el paradigma perfecto que conjura un acceso ilimitado a información y promueve que las personas se sientan capaces de educarse en aquellos temas que les interesan. Esta creencia surge de las características funcionales del medio, pero también de la aparición de nuevos valores. Respecto a las primeras, conviene recordar que Internet es el repositorio de documentación más extenso y que su coste de acceso está al alcance de la mayoría de la población en las sociedades occidentales. Otra característica funcional es el abaratamiento de la comunicación a distancia entre sujetos en sus múltiples formas (sincrónicas y asincrónicas; individuales, grupales y masivas) y codificaciones de datos (texto, voz e imagen). A partir de estas funcionalidades, las primeras comunidades virtuales —nacidas en la última década del siglo xx— introdujeron nuevos valores respecto a la producción de conocimiento y a su legitimación. Estas comunidades han hecho del conocimiento un concepto abierto, en proceso de mejora continua, colaborativo y potencialmente liberado de las jerarquías académicas y profesionales (Bruns, 2005; Rheingold, 1996; Turkle, 1995). Con el tiempo, estos valores se han popularizado y exten-

dido a todo tipo de actividades y campos. Como resultado, los hábitos de consumo de información están cambiando y transformando las relaciones entre estamentos sociales. La intermediación clásica comunicativa —un emisor que elabora y transmite un mensaje a un receptor— está en crisis a causa de las conexiones entre pares y de la relevancia que las bases de datos y sus algoritmos han adquirido en la difusión de contenidos.

El reajuste en el concepto clásico de «intermediación» es una tendencia que preocupa seriamente a los diversos actores implicados en la gestión de la salud. Si bien se reconoce que la Red abre oportunidades, también se advierte de que entraña nuevos riesgos, ya que las imprecisiones en la evaluación de la calidad de la información pueden tener consecuencias perjudiciales en la toma de decisiones (Basagoiti, Fernández-Luque, 2011; Eysenbach, 2008; Metzger, Flanagin, 2011).

Como en anteriores etapas de revoluciones tecnológicas comunicativas, los nuevos hábitos y valores de consumo se superponen a estructuras previas. En consecuencia, para comprender las implicaciones del consumo de información sanitaria digital debemos analizar cómo las condiciones impuestas por la medicalización de las sociedades se articulan con los valores que las comunidades virtuales han legado a la sociedad. Este capítulo analiza los debates en torno a la relación médico-paciente y reflexiona sobre el papel que la información digital tiene en la gestión de las enfermedades a través entrevistas a pacientes, cuidadores y médicos. Mediante la interpretación de sus hábitos informativos y cognoscitivos, se argumentará la necesidad de desarrollar una nueva gestión de la relación médico-paciente para: fomentar una autonomía del paciente que le permita tomar decisiones informadas durante el desarrollo de su enfermedad y no se vea abocado a la confianza ciega en el estamento médico; y evitar que el acceso a información sanitaria digital produzca confusión y efectos emocionales adversos. El punto de vista teórico adoptado es multidisciplinar, aplicando conceptos provenientes de la antropología médica, la teoría de la recepción en comunicación y la epistemología social. Este enfoque se justifica en el hecho de que las vivencias entorno a la salud y la enfermedad son complejas y entrañan implicaciones procedentes de las estructuras sociales, de representaciones simbólicas y de aptitudes individuales.

El «médico analógico» como fuente de información

La sociología de la medicina ha analizado cómo la relación entre médicos y pacientes se ha construido históricamente. Foucault (1977), Parsons (1975), Lupton (1995) o Laín Entralgo (1966), entre otros, han propuesto diversos conceptos para describirla. Un punto en común de sus postulados establece que el médico ejerce «autoridad» sobre el paciente desde la superioridad. Sin embargo, esta «autoridad» no es meramente una imposición mediante la cual el médico exige al paciente que adopte determinadas conductas sino que se basa en procesos de relación más complejos. Para comprenderlos es de ayuda la distinción que el epistemólogo social Patrick Wilson (1983) hace entre dos tipos de «autoridad»: la administrativa y la cognitiva. La administrativa es la capacidad que tienen determinados estamentos sociales de imponer conductas, mientras que la cognitiva es la capacidad de influir en el pensamiento de otras personas, quienes les reconocen sus conocimientos y legitimidad moral. Aplicado al ámbito de la salud, nos encontramos que los médicos aúnan ambos tipos de autoridad. A lo largo de la historia, tanto las prerrogativas administrativas de los clínicos como su influencia, han evolucionado. Sin embargo, hay dos condicionantes implicados en el reconocimiento de su autoridad cognitiva que se han mantenido constantes. Uno es la necesidad que tienen los enfermos de confiar, el otro el reconocimiento de la pericia de la profesión médica. Estos dos condicionantes están presentes en el mecanismo de interpretación y de producción de significado de la información que los médicos transmiten a los pacientes. Para entenderlo nos podemos apoyar en las teorías comunicativas de la recepción, que han establecido sólidamente cómo el receptor es un agente activo y co-produce significado (Hall, 1980; Morley, 1996).

Al analizar la interpretación de la información médica, debemos partir de la necesidad cognitiva que los pacientes y sus cuidadores deben satisfacer para convivir con su situación. El padecimiento de una enfermedad coloca a la persona en una situación vulnerable. Todas las sociedades han dado lugar a colectivos especializados en dar respuesta al problema de la enfermedad. Los pacientes se ponen en manos de otras personas, a las que confían su curación y cuidados. Pero esta relación de dependencia es problemática, ya que delegar en otros supone perder la propia libertad o autonomía. Para superar esta barrera, las personas y las sociedades racionalizan los motivos de cesión de autonomía. En el ámbito de la medicina

es la pericia de las profesiones médicas la que justifica el desarrollo de su hegemonía en la gestión de los procesos morbosos (Freidson, 1978; Rosen, 1985). El reconocimiento de la validez de esa pericia supone encontrar un punto en común entre médicos y pacientes, pero éste se enfrenta a la dificultad de comprensión que el público profano tiene ante postulados técnicos. Históricamente, la superación de esta barrera ha ido de la mano de la estratificación social. Así, por ejemplo, Laín Entralgo (1966) destaca que en la Grecia clásica los ciudadanos eran atendidos por «médicos asclepíadas técnicamente formados» que se esforzaban por informarlos detalladamente acerca de los tratamientos, mientras que a los esclavos los atendían «rudos empíricos» —normalmente esclavos de los asclepíadas— que establecían una comunicación verbal mínima y que, de acuerdo con el pensamiento de la época, ejercían «una suerte de veterinaria para hombres» (Laín Entralgo, 1966: 58). En épocas posteriores la clase social siguió influyendo en las formas de la relación entre médicos y pacientes en parámetros similares hasta la Ilustración, punto de partida de la medicalización —en realidad una segunda medicalización— de las sociedades. Las reformas sociales de gran calado iniciadas en el siglo xviii se tradujeron en el ámbito sanitario en una ampliación sustantiva de la disponibilidad de atención y en la adquisición de una hegemonía por parte de los estamentos médicos en connivencia con los nuevos estados-nación (Foucault, 1991; Rosen, 1985). A partir de entonces, con mayor énfasis, la atención de la salud —tradicionalmente basada en prácticas de autocuidado de los individuos y de su entorno social, y con una disponibilidad de atención profesional o profana limitada, aunque variable según contextos— fue aculturada con el argumento que sus prácticas eran asistemáticas, irracionales y supersticiosas y fue sustituida por una gestión basada en criterios científico-técnicos (Comelles, 1993). Este proceso situó a los médicos como la fuente de información más acreditada y preeminente tanto en el modelo de atención domiciliaria del siglo xix como en el modelo hospitalario que se impuso a partir del siglo xx y que sigue vigente en la actualidad. La medicalización hace que la relación médico-paciente se convierta en una relación de poder asimétrico que se justifica bajo la dimensión normativa de la profesión, descrita por Parsons (1975) en términos de responsabilidad fiduciaria o por Laín Entralgo (1966) en términos de empatía especial o «amistad médica». Pero esta hegemonía no ha estado exenta de contestación. De hecho, los roles de médicos y pacientes se fueron sofisticando y ajustando a lo largo del tiempo (Lupton,

1995). Tras la II Guerra Mundial, la contestación social desembocó en una fuerte reivindicación de igualdad, ejemplificada en el establecimiento del «consentimiento informado».[1] Se pasó así de una relación imbuida de un sentimiento paternalista de los médicos hacia los enfermos, a un reconocimiento de la autonomía del individuo en la gestión de su salud.

A pesar de que la medicalización estableció una relación contractual entre médicos y pacientes (Comelles, Alemany, Francés, 2013), la «persuasión» tuvo —y tiene— un papel muy relevante en su asentamiento social (Rodríguez Ocaña, Perdiguero-Gil, 2006). Los medios de comunicación se han utilizado para divulgar y legitimar su rol. Desde los libros de popularización médica publicados en la Ilustración, la publicidad en la prensa en el siglo xix o el cartelismo de principios del siglo xx hasta los programas de radio y televisión que aún perviven, los medios de comunicación social han sido un elemento clave en la construcción de la autoridad cognitiva del médico.[2] El enfoque que dominó en los argumentos de persuasión en el siglo xx fue el de la educación de los ciudadanos y las formas fueron las propias de la dramatización (Lupton, 1995). Más recientemente, las agencias de promoción de la salud han optado por utilizar las técnicas del *marketing* social y la publicidad (Diaz rojo *et alii*, 2006; Hastings y Domegan, 2014). De esta manera la persuasión se ha intensificado, ya que no se pretende solo informar eficientemente sobre los cuidados de salud sino fomentar un cambio de actitudes.

> Bajo este modelo, la salud se convierte en una mercancía y los miembros del público en consumidores que deben ser persuadidos para adquirirla a algún precio, bien sea dejando de fumar, la sal o perdiendo el tiempo de ocio en favor de hacer ejercicio (Lupton, 1995: 112).

Además, la salud se ha convertido en un reclamo para hacer negocio que va más allá de la cura o prevención de enfermedades.

1 Durante la II Guerra Mundial médicos nazis realizaron experimentos con prisioneros de guerra que fueron juzgados como crímenes contra la humanidad en los juicios de Núremberg, estableciéndose las raíces legales del consentimiento informado. En 1964 la Asamblea Médica Mundial formalizó un conjunto de reglamentos que para que en experimentos u otros procedimientos clínicos de riesgo, los pacientes den su consentimiento voluntario. Véase la Declaración de Helsinki y sus modificaciones posteriores. [Consultada el 10/12/2016].

2 A este respecto veánse la presentación y los capítulos de Enrique Perdiguero-Gil y Josep M. Comelles en este mismo volumen.

> El negocio de la salud ha creado su propia retórica para vender sus productos y servicios. Nos persuade, cuando no nos manipula, con un abuso de los términos *salud, sano y saludable*, a los que ha acabado por devaluar semánticamente. Hoy se llama salud incluso a la sensación placentera de sentir el roce de un chorro de agua en nuestro cuerpo o untarse de chocolate hasta las cejas (Diaz rojo *et alii*, 2006: 145).[3]

No obstante, los medios de comunicación también son vistos como «el enemigo», ya que muchos de sus productos de entretenimiento difunden estilos de vida insanos (Lupton, 1995). Bajo ambos puntos de vista subyace la idea de que las audiencias son vulnerables a la manipulación de los medios, tesis discutida por la teoría de la recepción, que —como se ha mencionado— establece que los ciudadanos son agentes activos en la interpretación de los textos, capaces de aceptar los postulados de los emisores, pero también de negociar y criticar las connotaciones subyacentes (Hall, 1980). De hecho, las premisas de la concepción de los pacientes como ciudadanos pasivos empiezan a exhibir importantes signos de agotamiento. En la comunicación entre médicos y pacientes se han sumado muchas más voces que las de la divulgación pedagógica y los medios de comunicación de masas. Con la popularización de Internet, la información médica está al alcance de cualquiera de forma individualizada. Los pacientes no dependen ya de los criterios de unos intermediarios, sino que pueden buscar y acceder a información específica para satisfacer sus necesidades cognitivas. Esta capacitación ha traspasado ya el umbral de la potencialidad y se ha convertido en un nuevo hábito social, dando pie a que la relación interpersonal entre médicos y pacientes esté cambiando.

El acceso a información médica específica está facilitando que los pacientes sean más exigentes y críticos con los médicos y no se conformen con que las prácticas de reconocimiento de su autonomía, por ejemplo, el consentimiento informado, se conviertan en meros trámites burocráticos (Allué, 2013). Gracias al ambiente de abundancia informativa que ha calado en el imaginario de los ciudadanos, éstos se atreven a exigir más diálogo con sus médicos, lo que redunda en una tendencia a la negociación respecto a las alternativas de tratamiento que proponen los clínicos (Allué, 2013). Pero para que haya diálogo, además de una voluntad de ambas partes hacia el entendimiento, se necesita un lenguaje común.[4]

3 Énfasis en el original.

4 Ver en este libro el capítulo de Josep M. Comelles.

La relación médico-paciente será exitosa si se supera la barrera de incomprensión entre el especialista y el profano. Y en este ejercicio, Internet es una herramienta que facilita el salto de la barrera. Sin embargo dar este salto supone un esfuerzo considerable, ya que el obstáculo puede situarse a diferentes alturas en función de factores como: las motivaciones y capacidades de interpretación de información compleja de los profanos (los pacientes y cuidadores) y las actitudes receptivas o combativas de los especialistas (los médicos).

La curiosidad de los pacientes 2.0 y la receptividad de los médicos

En el contexto mediatizado que rodea las actividades cotidianas, todos nos hemos convertido en audiencias (Morley, 2007) y utilizamos los diferentes emisores —medios tradicionales, digitales y fuentes primarias— como recurso documental a partir del cual reflexionar y tomar decisiones. Interpretar información supone procesarla y darle un significado. Es decir, convertirla en conocimiento. Para entender este proceso debemos tener en cuenta que los pacientes ven la información médica dentro en el dominio del conocimiento de segunda mano. Wilson (1983) sostiene que las personas sienten una desconfianza apriorística ante lo que explican terceras personas. Esta actitud se exacerba en Internet y, aunque el determinismo tecnológico ve en la Red una fuente de avance, ya es un lugar común que hay tanto información rigurosa como habladurías. En consecuencia, los internautas se sienten en la necesidad de juzgar críticamente la calidad de la información (Eysenbach, 2008; Kivits, 2004; Metzger, Flanagin, 2011). Desde el punto de vista del «profano» hay dos herramientas cognoscitivas que se aplican para juzgar la información de segunda mano: el mencionado reconocimiento de autoridad cognitiva y la «credibilidad». Ambas describen interpretaciones destinadas a aceptar como verdad afirmaciones de segunda mano en base a indicios de pericia y de confianza.

El informe *Internet, Salut i Societat* (2007) sugería hace casi una década que se estaba produciendo una progresiva sustitución de los libros y los medios de comunicación tradicionales por internet como fuente de consulta de información sanitaria complementaria al consejo médico. Los efectos de este proceso se han desplegado desde entonces de forma tan extensa que se empieza a hablar de cambios de paradigma (Basagoiti, Fernández-Luque, 2011; Eysenbach, 2008; Kivits, 2004, Lupiáñez,

2007) hasta el punto que se podría afirmar que vivimos un momento de transición hacia una fase nueva del proceso de medicalización.

Entre los argumentos que sostienen la tendencia hacia un cambio de paradigma, son de vital importancia aquellos que tratan de describir a los pacientes contemporáneos. Si después de la II Guerra Mundial se evidenció la necesidad de hacer copartícipe de las decisiones médicas a los pacientes mediante el consentimiento informado, en la actualidad se está revisando el concepto de «paciente» y surgen nuevas propuestas. Éstas van más allá del reconocimiento jurídico de los derechos de los usuarios y tratan de retratarlos des de un punto de vista más cercano a las vivencias reales de los itinerarios terapéuticos. Tanto Joëlle Kivits (2004), quien define al paciente actual como «e-paciente», como Marta Allué (2013), quien opta por el adjetivo «inquieto», coinciden en caracterizar a los nuevos pacientes como unos agentes negociadores que exigen de sus médicos unas explicaciones pormenorizadas y asequibles a su nivel de conocimiento y que consultan en Internet cuestiones relacionadas con su padecimiento. Esta concepción pone en tensión la tradicional barrera entre experto y profano, auspiciada por la ideología de las profesiones (Freidson, 1978; Wilson, 1983). Tanto los médicos como los medios de comunicación se enfrentan a una reconfiguración de su rol de intermediarios porque los usuarios son curiosos y acceden al mismo tipo de información, por ejemplo, artículos científicos o experiencias testimoniales. Esto, sumado a la estructura algorítmica de la Red, genera incertidumbre porque las narrativas tradicionales —con su lógica de causa-efecto— se están sustituyendo por una lógica de base de datos, es decir un consumo asociativo donde diferentes propuestas de verdad se pueden consultar sin una aparente conexión (Broersma, 2012). Ante esta realidad, Gunther Eysenbach (2008) postula que el rol de la intermediación no se elimina, sino que adopta una nueva forma: la «apomediación». Utilizando el prefijo latino *apo-* (fuera) define la relación entre el experto y el profano en términos de orientación y clasificación de la calidad de información en bruto. De esta manera el «apomediador», a diferencia del narrador tradicional, no elabora relatos a partir de datos, sino que ejerce de filtro de estos datos.

Dilucidar cómo los usuarios gestionan la información para convertirla en conocimiento se presenta como una tarea compleja. La literatura aporta numerosas evidencias que señalan que la motivación de las personas a la hora de juzgar una información va a determinar el grado de rigor en su procesamiento (Chaiken, 1980; Choi, Stvilia, 2015; Metzger,

Flanagin, 2013). La importancia de las consecuencias que se esperen del uso de la información favorecerá que la motivación sea alta. Los argumentos que expondré a continuación sobre las formas de juzgar información médica publicada en Internet se basan en relatos de un perfil de pacientes que se sienten altamente motivados por encontrar información rigurosa, que encaje en el discurso biomédico imperante y que les ayude a vivir su enfermedad de la mejor manera posible.[5] Entrevisté a seis personas, tres pacientes y tres familiares de pacientes, que ejercen o han ejercido de cuidadores. Sus perfiles corresponden a tres mujeres y tres hombres que tienen entre 28 y 57 años, con unos hábitos de utilización de Internet de más de una hora diaria, estudios secundarios en cinco casos y superiores en uno. Las enfermedades que les afectan son el cáncer de mama (2), la esquizofrenia (2) y la fibrosis quística (1). Esta decisión se basó en un criterio intencional apoyado en los datos recogidos por Lupiáñez (2007) que definen los perfiles más habituales de los internautas interesados en salud. Además, en el caso restante, se optó por una mujer en periodo de lactancia, porque aunque no es una enfermedad, los temas relacionados con la primera infancia están entre los más buscados.

Como contrapunto a los relatos de pacientes y cuidadores, entrevisté a una serie de médicos, también elegidos con un criterio intencional. Los informantes, en este caso, son cuatro hombres y dos mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 57 años; tres de ellos médicos de familia y el resto especialistas en Oncología, Digestología y Psiquiatría. Como en el caso de los pacientes, son usuarios habituales de Internet con una dedicación superior a la hora diaria.

En general, los pacientes y cuidadores otorgan a los médicos autoridad cognitiva y credibilidad porque los reconocen como poseedores de pericia, es decir, piensan que son las fuentes de información que les acercan a la verdad de su situación. No son, a pesar de ello, el único camino informativo que recorren para gestionar su enfermedad. Los informantes expresan la necesidad de profundizar en el conocimiento de la dolencia que les afecta y ven en internet un complemento a lo que les explican sus médicos. Rosa —nombre ficticio, como el del resto de informantes—, enferma de un cáncer de mama ya superado, manifiesta que la necesidad de ampliar la información fue una reacción psicológica de defensa ante la noticia de su diagnóstico:

5 Estos relatos han sido extraídos parcialmente de mi tesis doctoral (Llamero, 2015).

> Cuando te dan una noticia de estas, es algo tan bestia que quieres y no quieres saber. Pero como tu primera impresión es que te morirás, lo que haces es ir a buscar, a ver. También depende de la persona. A mi no sé de dónde me salió la fuerza en aquellos momentos, porque a veces lo pienso y mentalmente estaba más para allá que para acá. Había quedado muy tocada, pero tenía una necesidad de saber. También he de decir que me lo prohibían un poco: «no mires, no consultes», me decían.

Este testimonio muestra la doble vertiente, muchas veces olvidada, del proceso de obtener información relacionada con una enfermedad grave. Con ella, si bien disminuye la incertidumbre al saber los detalles del proceso, también agrava la preocupación, al conocer los detalles del sufrimiento que conlleva. Este último efecto psicológico negativo en el caso de Rosa entraba en tensión con su entorno familiar quienes la exhortaban a no informarse.

Joaquim, familiar de un paciente que sufrió fibrosis quística se une a esta visión. En su caso, experimentó deseos de profundizar en las características de la enfermedad de su hijo pero, dado que era incurable, a medida que el estado fue empeorando llegó a la conclusión que no le servía de nada. Esta evolución también la ve en otros familiares que llegan a la asociación de pacientes en la que participa. El rechazo y la frustración son comunes y cree que los médicos deben preparar a los pacientes y a sus familiares para recibir información negativa:

> Hay gente que manifiesta deseos de saber, pero a la hora de la verdad se acobardan y no quieren saber. Está bien leerse un informe, pero si la cosa pinta mal dicen: «¡Este médico es un cretino, mira lo que me ha dicho!» Para mí, la información debe ser debidamente transmitida, el médico debe marcar el ritmo de alguna manera, en función de la necesidad que el enfermo y sus familiares tengan. Muchas veces, saber no sirve de nada. En general queremos escuchar cosas positivas; que hay avances, novedades, que el chico estuvo mejor ayer que el mes pasado. Pero cuando te dicen que la cosa no tiene remedio ya no dices: ¡Es que el médico no me informa de nada! A veces somos valientes en privado, pero cobardes a la hora de afrontar la realidad.

Juan habla también de la necesidad que siente de profundizar en el conocimiento de la enfermedad que le afecta. Su necesidad le impulsa a superar las convenciones sociales de las relaciones con los médicos. Padece esquizofrenia y, pese a no cuestionar el papel de los médicos que le atienden, describe la relación como un intercambio de información muy limitado donde los psiquiatras siguen un protocolo para diagnosticarle

su estado y darle una medicación. A los psicólogos, los otros especialistas que lo tratan, los describe como más cercanos. Aunque explica que siempre que ha planteado dudas tanto unos como otros han tratado de resolvérselas, concluye que esto no es suficiente y que ha sido su iniciativa la que le ha permitido conocer la enfermedad y convivir con ella. Lo hace en un tono de voz más bajo del que utiliza habitualmente, y eso transmite resignación y confesión:

> Yo quería aprender más, ir más allá porque si dependiera de los psicólogos sería un ignorante total en la enfermedad y no sabría qué me dicen. Prácticamente toda la información que he encontrado, la he buscado yo. Me he preocupado yo, nadie me la ha dado, he ido yo a buscarla. Siempre. He comprado libros, he consultado enciclopedias, he mirado Internet… me he buscado la vida.

Jordi, familiar de una persona diagnosticada de esquizofrenia, se añade a la idea de que la información estricta que dan los médicos no es suficiente para convivir con la enfermedad.

> Si pides la información al médico, te la da. Pero no es bastante con que te diga esto lo hago así, los síntomas de la enfermedad son estos y los efectos de la medicación tales. Y en casa, ¿qué debemos hacer? Un médico te dirá «no debes mantener una disciplina» y otro te dirá «sí debes mantener una disciplina».

Esta curiosidad es propia de los pacientes (o de los cuidadores) que quieren ejercer su autonomía e Internet les facilita encontrar documentación pertinente. Antes de su implantación, este tipo de personas debía procurarse la información a través de la relación interpersonal con los profesionales sanitarios y debían tener constancia, insistencia e, incluso, «impertinencia» si querían franquear la barrera entre el experto y el profano (Allué, 1996). Al dirigirse a Internet, tanto mis informantes como los de Kivits (2004), consideran que es una excelente herramienta de investigación porque da acceso a una gran cantidad de información que pueden consultar fácilmente en cualquier momento. Los usuarios también valoran el hecho de que la información sea mayoritariamente gratuita (Espanha, Lupiáñez-Villanueva, 2009). Pero además, los ciudadanos aprecian la orientación que les da, ya que este canal permite una individualización: «el buscador de información no está limitado a una fuente de información sino que es libre seguir buscando información relevante para su particular experiencia o dilema de salud» (Kivits, 2004: 517).

A pesar del peso de la información científica o biomédica, los pacientes y sus familiares consultan un tipo de contenidos en Internet que va más allá de las convenciones sociales sobre la medicina: son los relatos de experiencias de otros pacientes, normalmente en foros y redes sociales.[6] La identidad social compartida —considerar que otras personas están pasando por el mismo proceso y hablan de cosas comunes— aporta información valiosa que no se concibe en la relación médico-paciente.

> *Rosa (paciente de cáncer):* «A veces compruebas si realmente las sensaciones que tienes son similares a las de otros pacientes. Por decirte un ejemplo, siempre que tienes una visita médica lo pasas muy mal; con el tiempo lo vas llevando, pero no dejas de estar nerviosa nunca. Y, a veces, dices: «¿esto me pasa a mí o le pasa a todo el mundo?». Y entras en un lugar de estos para verlo. No es que yo participe, no he hablado con nadie, pero veo cómo otros hablan entre ellos y explican sus experiencias y dices: «¡Ostras, la semana antes de ir a buscar resultados les pasa lo mismo que a mí!».

La naturaleza abierta de estos foros, en los que cualquier usuario puede intervenir y no suele haber moderación ni supervisión científica, hace que se pueda cuestionar su utilidad. Sin embargo, los pacientes piensan que son más los beneficios que los perjuicios y no les generan dudas. Rosa explica que su experiencia y su capacidad lógica le ayuda a discriminar informaciones poco rigurosas:

> Yo creo que la confusión se da en un nivel muy pequeño, aunque siempre hay alguien que quiere ir un poco de *enterado*. A mí, por desgracia, me hacen colonoscopias cada dos por tres y tengo claustrofobia, así que lo paso muy mal. Y cada vez que tengo que hacerme una, *cataclac*, yo a buscar colonoscopia: la prueba, lo que es… Que ya lo sé porque me han hecho un montón, pero siempre tengo la necesidad de que me den alguna técnica para no tener miedo porque me angustia muchísimo. Muchas veces en tu entorno no tienes la ocasión de encontrar a alguien a quién le hayan hecho una colonoscopia y en los foros sí, por eso creo que ayudan. También hay gente que tiene pocos miramientos, como en todas partes. Si tú preguntas en un foro y alguien te dice: «Uy no te la hagas yo me quedé encerrado dentro porque que se fue la luz», yo pienso que eso no se debe poner porque vas a asustar al personal. Todo depende.

6 Webs como Dipex [Consultada el 10/12/2016], desarrollada en el Reino Unido o la norteamericana Patients Like Me [Consultada el 10/12/2016], son sendos ejemplos de estos recursos. Existen también foros ligados a hospitales y asociaciones de pacientes.

Apomediación para superar el desafío de elegir información rigurosa e interpretarla

La falta de regulación editorial en la publicación de contenidos provoca que los médicos perciban un gran riesgo en la nivelación de la información sanitaria que llegue a confundir a los pacientes y hacerles tomar decisiones perjudiciales. Pero, como a la vez perciben que es inevitable que sus pacientes consulten en Internet, están desarrollando estrategias para gestionar su relación favorablemente. Eduardo, un médico hospitalario especialista en Digestología, me explicó que muchas veces busca en Google páginas de dietética. Afirma que lo hace cuando sus pacientes empiezan a exponerle preguntas como «¿Doctor, no me vendría bien eso de la hidroterapia del colon?». Se trata de poner lavativas de agua para limpiar el cuerpo de toxinas, una teoría acientífica que, según él, en época de su abuela ya circulaba. Esto motiva a Eduardo a buscar en Google las palabras clave «hidroterapia del colon» para saber de lo que se habla ya que «es una cosa que a mí me da "autoridad" porque sé lo que me van a decir».

Las preguntas en la consulta para indagar sobre la validez de la información que se encuentra en Internet son cada vez más habituales, aunque muchos pacientes lo hacen con reticencia porque la autoridad del clínico sigue presente. La timidez al hablar de la información que se ha buscado en Internet plantea para los médicos un «reto de comunicación» (Paco) porque notan, a través del lenguaje no verbal y por el tipo de preguntas que hacen, una inquietud. A menudo perciben que los pacientes quieren contrastar informaciones sobre síntomas y diagnósticos. En algunos casos la información con la que acuden a la consulta es tranquilizadora y se acerca su estado médico, pero es más frecuente «el paciente alterado o preocupado que el tranquilizado» (Paco).

Las posibles consecuencias de tomar una decisión negativa para la salud hacen que los pacientes más atrevidos, conscientes de sus limitaciones en la materia, consulten con el médico la comprensión y validez de la información. «La ausencia de filtros para publicar es un hándicap para el usuario y a mí me llegan pacientes diciendo: "lo he mirado en internet, pero *mejor* me lo explica usted"» (Carles, médico de familia).

El principal problema que encuentran los médicos en relación a la información que les reportan los pacientes es de interpretación. A pesar de que los pacientes puedan acceder a estudios de calidad y tener una comprensión razonable de lo que han leído, esto no significa que la con-

clusión pueda ser aplicable a su caso. Esta capacidad de concreción en la interpretación, creen que no está a su alcance porque no han tenido la formación y la experiencia clínica de los médicos.

> Antonio (médico hospitalario): Hay datos objetivos, pero están basados en grandes poblaciones y la extrapolación a la persona en particular debe hacerla alguien que sepa muy bien de dónde salen esos datos. Tú, como médico, sabes interpretar; para eso nos pagan. Si no, sería mucho más fácil. Y si un estudio dice que esta es la tasa de respuesta o la de supervivencia… una cosa es acceder a la información y otra cosa es saber interpretar y aplicar a un paciente concreto qué supone ese dato.

Por esta razón muchos médicos se sitúan en una posición de *apomediación* con los pacientes y les recomiendan informaciones que les pueden ayudar a comprender su situación.

> Paco (médico de familia): Las personas necesitamos tener carpetas donde poner el conocimiento, yo utilizo esta imagen a menudo. Si no tienes la carpeta, la información pasa por la mente pero no sedimenta. Hay que tener este esqueleto con estas carpetas y los pacientes, en principio, no lo tienen. Se debería ayudar a construir un poquito eso. Los pacientes necesitan un referente y esto les puede ir bien, tampoco creo que internet les genere más dudas, pero pienso que necesitan a su profesional para ordenar el conocimiento.

> Eduardo (médico hospitalario): La gente te puede venir con una carpeta de cincuenta hojas o más de estudios. Yo los invito, les digo: «tienes cosas recogidas, envíamelas o mándame las direcciones y te diré qué me parecen. Intento no ser paternalista, leerlo todo, porque es su derecho. Mi papel es el de decirles: «yo estoy en la onda y estos dos artículos para mí son buenos porque coinciden con mi forma de pensar».

Esta relación puede aportar beneficios mutuos. Eduardo se enteró de que una farmacéutica comercializaba un sistema para detectar los genotipos del virus C de la hepatitis a través de un enfermo. La implicación de su paciente «que supongo se pasaba cada día delante de la pantalla dos horas buscando información» fue positiva porque sabiendo el genotipo del virus el «tratamiento que pude ponerle fue mejor». Sin embargo, en otros casos la relación es más conflictiva. Rosario, una doctora de familia, explica que en una ocasión un paciente le dijo que le tenía que recetar cierto medicamento de marca porque era el único que tenía «evidencia científica». Ante esto, Rosario reconoce que no encontró argumentos para rebatirle y que le tuvo que explicar que ese medicamento no entraba en el catálogo de medicamentos subvencionados por la sanidad pública.

Conclusión: hacia una gestión compartida de la enfermedad

Internet se ha convertido en un tercer actor en la relación médico-paciente. A lo largo del capítulo hemos visto como las características intrínsecas del canal han ampliado los hábitos de información del público profano respecto a la información médica. El que pueda consultarse todo tipo de información, tanto contenidos amparados por el paradigma biomédico como relatos testimoniales de otros pacientes, está alterando la tradicional «autoridad cognitiva» que se les reconocía a los médicos. Aunque, éstos todavía son considerados como las personas que más saben sobre cómo diagnosticar y curar enfermedades, los pacientes también perciben lagunas. Internet, se erige como el espacio que puede dar respuesta a aquello que el médico desconoce. Esto no supone que los pacientes consuman acríticamente todos los contenidos porque son conscientes que en el canal convive información de buena calidad e información imprecisa, interesada o no aplicable a su caso. Esta percepción hace que consulten a sus médicos para que les ayuden a interpretarla y fomenta una mayor negociación y una gestión compartida de los procesos terapéuticos.

Sin embargo, también hemos visto que los médicos contemplan esta situación como un *reto* de comunicación, una presión que les está haciendo cambiar sus hábitos de comunicación interpersonal. En algún caso, se producen tensiones porque los pacientes reclaman la prescripción de fármacos que chocan con el criterio médico, o con los procedimientos del sistema sanitario público español.

Tanto en un caso como en otro, los argumentos recogidos en este capítulo nos apuntan hacia la necesidad de gestionar la relación médico-paciente teniendo en cuenta el ambiente informacional en que estamos inmersos. Los argumentos esgrimidos por los informantes de este estudio contribuyen a entender el proceso y podrían ser empleados en programas de mejora educativa dirigidos tanto a los profanos como a los médicos.

El camino para entender cómo la información médica está cambiando las relaciones sociales tiene mucho recorrido por delante. Ámbitos como los discursos contrarios a las vacunas, las enfermedades raras, las relaciones entre pacientes o el uso que los médicos hacen de Internet en la consulta delante de sus pacientes son solo algunos ejemplos en los que la investigación podría adentrarse para indagar hacia dónde va la práctica médica actual.

Bibliografía

Allué, Marta (2013). *El paciente inquieto: los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Basagoiti, Ignacio; Fernández-Luque, Luis (2011). «Compartir información sanitaria. E-pacientes: comunicación e interacción». En: Traver, Vicente; Férnandez-Luque, Luis (eds.) *El ePaciente y las redes sociales*. Madrid: Fundación Vodafone España. Itaca, 47-68. [Consultado el 10/12/2016].

Díaz Rojo, José A.; Morant, Ricard; Westall Pixton, Debra (2006). *El culto a la salud y la belleza (la retórica del bienestar)*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Broersma, Marcel (2012). «A refractured paradigm». En: Peters, Chris; Broersma, Marcel (eds.). *Rethinking journalism: Trust and participation in a transformed news landscape.* New York: Routledge, 28-44.

Bruns, Axel (2005). *Gatewatching: Collaborative online news production*. New York: Peter Lang.

Chaiken, Shelly (1980). «Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion». *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5):752-766.

Choi, Wonchan y Stvilia, Besiki (2015). «Web credibility assessment: conceptualization, operationalization, variability and models». *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 66(12): 2399–2414. [Consultado el 10/12/2016].

Comelles, Josep M. (1993). «La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria». *Revisiones en Salud Pública*, 3: 169-192.

Espanha, Rita; Lupiáñez-Villanueva, Francisco (2009). «Health and the Internet: Autonomy of the User». En: *World Wide Internet–Changing Societies, Economies and Cultures.* Macau: University of Macau, 434-460.

Eysenbach, Gunther (2008). «Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness». *Journal of Medical Internet Research* 10(3): e22. [Consultado el 10/12/2016].

Foucault, Michel (1977). «Historia de la Medicalización». *Educación médica y salud*, 11(1): 4-25. [Consultado el 10/12/2016].

Freidson, Eliot (1978). *La Profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.

Gillmor, Dan (2010). *Mediactive*. E-book. [Consultado el 10/12/2016].

Hall, Stuart (1980). «Encoding / Decoding». En: Hall, Stuart; Hobson; Dorothy; Lowe, andrew; Willis, Paul (eds.). *Culture, Media, Language: Working Papers in Cultural Studies, 1972–79*. London: Hutchinson, 128–138.

Hastings, Gerard; Domegan, Christine, (2014). *Social Marketing: From Tunes to Symphonies*. London: Routledge.

Kivits, Joëlle (2004). «Researching the "Informed Patient"». *Information, Communication ySociety*, 7(4): 510-530.

Laín Entralgo, Pedro (2003 [1966]). *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela.

Lupiáñez, Francisco (2007). «Internet, salut i societat». En: Castells, Manuel; Lupiáñez, Francisco; Saigi Rubio, Francesc (eds.), *Modernització tecnològica, canvi organitzatiu i serveis als usuaris en el sistema de salut de Catalunya* Barcelona: INE3, Internet Interdisciplinary Institute, UOC, 41-302.

Lupton, Deborah (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.

Llamero, Lluïsa (2015). *La credibilitat connectada. Pràctiques i representacions discursives de les audiències d'internet en els camps de la salut, l'economia i el turisme.* Tesis de Doctorado. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. [Consultada el 10/12/2016].

Metzger, Miriam; Flanagin, Andrew (2011). «Using Web 2.0 technologies to enhance evidence-based medical information». *J Health Commun.*, 16 (Sup 1): 45-58.

Metzger, Miriam; Flanagin, Andrew (2013). «Credibility and trust of information in online environments: The use of cognitive heuristics». *Journal of Pragmatics*, 59(0), 210-220.

Morley, David (1996). *Televisión, audiencias y estudios culturales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Morley, David (2007). *Media, Modernity and Technology: The Geography of the New*. London: Routledge.

Mosco, Vincent (2004). *The Digital Sublime: Myth, Power, and Cyberspace*. Cambridge, MA: MIT Press.

Parsons, Talcott (1975). «The sick role and the role of the physician reconsidered». *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 257-278.

Rodríguez Ocaña, Esteban; Perdiguero-Gil, Enrique (2006). «Science and social persuasion in the medicalization of childhood in 19th-and 20th-century Spain». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(2): 303-324. [Consultado el 10/12/2016].

Rosen, George (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI.

Turkle, Sherry (1995). *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*. New York: Simon.

Wilson, Patrick (1983). *Second-hand knowledge: an inquiry into cognitive authority*. Westport, CT: Greenwood Press.Greenwood Press.

CUARTA PARTE
COMUNICACIÓN EN SALUD MENTAL

EL POTENCIAL COMUNICATIVO DE UNA PROPUESTA ETNO-ARTÍSTICA: DIÁLOGOS MEDIADOS POR IMÁGENES EN UN PSIQUIÁTRICO EGIPCIO

Ilaria Cover
Medical Anthropology Research Center
Universidad Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: En este capítulo se presentan las potencialidades y los límites de la aplicación de una metodología etno-artística en un contexto psiquiátrico. A través de varios ejemplos extraídos del trabajo de campo realizado en el hospital psiquiátrico público de Alejandría, la autora enseña de qué manera una actividad artística, además de dotar a la antropóloga de datos etnográficos, puede favorecer el encuentro entre el «mundo de los pacientes» y el «mundo del personal».

Palabras claves: salud mental, institución psiquiátrica, arte, etnografía.

the communicative potential of an ethno-artistic proposal: images-mediated dialogues in an egyptian psychiatric hospital

Abstract: The implementation of an ethno-artistic methodology in a psychiatric context is discussed in this chapter, with a focus on its potentialities and limitations. Drawing on many examples drawn from her fieldwork in a public psychiatric hospital of Alexandria, the author shows how an artistic activity can foster the encounter between the «world of the patient» and the «word of the medical staff».

Keywords: mental health, psychiatric institution, art, ethnography.

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 285–303. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

Una propuesta de investigación etno-artística[1]

Sentada en un círculo de sillas, observo a las mujeres del grupo de expresión artística que estoy dinamizando en el hospital psiquiátrico público de Alejandría, Egipto. Aunque no haga nada de calor en estos meses invernales, visten chanclas de plástico y camisones anchos que llevan impreso el sello del hospital.[2] La mayoría de ellas miran hacia el suelo, en silencio. Les pregunto qué tal están, aunque sé que su respuesta unánime, *kolo tamam* (todo bien), es puramente circunstancial. Tengo en mente un plan de trabajo para hoy, pero quiero saber si ellas tienen alguna idea, sugerencia o necesidad diferente. Se lo pregunto y su respuesta es un largo e incómodo silencio. Al fin y al cabo los pacientes psiquiátricos, escribía con razón Franco Basaglia en 1968, son personas que *non parlano perché nessuno li ascolta; che non camminano perché non sanno dove andare* (BASAGLIA, 2010 [1968]: 15).[3]

En el círculo de sillas están sentados también algunos miembros del personal sanitario. El director del hospital quiso que un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social presenciasen cada grupo de expresión artística. Mi propuesta, en cambio, era organizar sesiones de dibujo con pequeños grupos de pacientes sin la participación del personal médico, de manera que las sesiones no tuviesen una connotación terapéutica y que las pacientes pudiesen expresarse libres de miradas clínicas. Mi objetivo era crear un espacio de expresión facilitada por la creación de imágenes; un espacio en el que las historias de vida, las *illness narratives* y las vivencias dentro de la institución pudiesen ser contadas fuera de un marco interpretativo centrado en la *disease*.

Puesto que mi nivel de árabe no me permitía dialogar fácilmente con mis informantes, quería trabajar con una traductora que no tuviese relación con el mundo sanitario, pero el director del hospital prefirió que fueran los mismos psiquiatras los que tradujeran. Su insistencia en hacer participar al personal médico en las sesiones me brindó la posibilidad de repensar su organización: propuse que todos los participantes, psiquiatras

1 El presente capítulo ha sido editado por Laia Pibernat-Mir, a quien dedico mi sincero agradecimiento por su rigurosa dedicación.

2 Mi trabajo de campo en Egipto se desarrolló entre el año 2012 y 2014, por un total de 12 meses, y se concentró en las ciudades de Alejandría y del Cairo.

3 «No hablan porque nadie les escucha; que no caminan porque no saben a dónde ir.»

y antropóloga incluidos, se involucrasen en la misma actividad artística. Con esta contrapropuesta podía aprovechar para desafiar los roles preestablecidos reduciendo la verticalidad inherente tanto a la relación médico-paciente, como a la relación antropólogo-informante; sobre todo si entre los dos —como era mi caso— existe un fuerte desequilibrio en cuanto a libertad de movimiento, poder adquisitivo, instrucción y estado de salud, por nombrar las diferencias principales. La implicación de todos los participantes en la misma actividad implicaba que cada uno fuese observador y observado al mismo tiempo, y que aceptase revelar algo de su experiencia a los demás. Así pues, finalmente, la negociación con el director del hospital terminó por ofrecerme nuevas oportunidades: contar con dibujos del personal sanitario y con un escenario más rico —y por ello más complejo— en la metodología etno-artística llevada a cabo.

El interés de la Antropología por el arte no es un fenómeno nuevo. Desde hace más de un siglo los antropólogos estudian el arte como expresión de valores culturales y algunos han utilizado imágenes con fines descriptivos y analíticos en sus investigaciones.[4] Sin embargo, los ejemplos de etnografías en las que la creación de imágenes es delegada al «otro» son todavía muy escasas (Marxen, 2009).

La arte-terapeuta y antropóloga alemana Eva Marxen ha desarrollado una metodología de investigación que persigue este objetivo. En la «etnografía visual activa», como ella la denomina, el antropólogo organiza múltiples encuentros con los informantes en los cuales éstos pueden expresarse gráfica y verbalmente. La acción creativa permite obtener las representaciones que los informantes hacen de sí mismos, a la vez que invita a la negociación entre las interpretaciones de la realidad que antropólogo e informantes hacen en base a las representaciones creadas; todo ello de una forma más democrática y menos pasiva que en los métodos etnográficos convencionales. Como consecuencia, la acción (*agency*) de los informantes en el proceso de investigación etno-artística es mayor. Marxen subraya que una de las ventajas de este método es la mayor durabilidad de los

4 Algunos ejemplos de clásicos de la Antropología en relación al arte son *The Way of Masks* de Lévi-Strauss (1982 [1975]), *Primitive Art* de Boas (1927), *Walbiri Iconography* de Munn (1973) y el ensayo *Art as a Cultural System* (Geertz, 1983). Entre los ejemplos de uso de imágenes con fines analíticos cabe destacar el uso del *Thematic Apperception Test* (TAT) por Scheper-Hughes, (1993) en su etnografía sobre la experiencia del hambre en una favela brasileña y el uso de dibujos realizados por los niños de un barrio marginal de Nápoles en *The Broken Fountain* (Belmonte, 1989 [1979]).

encuentros entre el antropólogo y el informante, que permite al primero realizar una descripción más «densa» y vivir una experiencia más «próxima» en los términos explicados por Clifford Geertz (Marxen, 2009: 16).

La propuesta metodológica elaborada por Marxen (2009) es sin duda interesante, pero en mi opinión, para fomentar una dinámica realmente horizontal entre antropólogo e informante ambos deberían involucrarse en la actividad creativa. Aunque no elimine la diferencia en términos de poder que a menudo existe entre ambos,[5] esta medida puede facilitar su relación interpersonal de modo tal que, como consecuencia, aumenten las posibilidades de que el antropólogo entienda y represente las vivencias y las perspectivas del informante de forma más fiel; esto es, más cercana a la perspectiva *emic*.

Un posicionamiento horizontal en un proyecto que se desarrolla en grupo me parecía una condición fundamental para establecer una comunicación eficaz entre los sujetos implicados. Con mi propuesta de sesiones de dibujo en el psiquiátrico de Alejandría intenté poner esta teoría en práctica. En este capítulo analizaré algunos de los obstáculos y de las ventajas de la aproximación metodológica etno-artística en un contexto psiquiátrico.

5 Coincido en que «the differences in terms of power, economics and politics, educational training and self-ascribed identities» («las diferencias en términos de poder, economías y políticas, formación e identidades auto-asignadas») entre los etnógrafos y sus informantes «cannot presuppose the existence of a relationship as mere 'equals' but must take difference into account ab initio» («no presupone la existencia de una relación como meros iguales, pero tiene en cuenta la diferencia *ab initio*») (Schneider, Wright, 2013:5). El mismo hecho de tener en cuenta la diferencia desde el principio puede, por lo menos, poner las bases para un encuentro fructífero.

Mundos difícilmente traducibles

> There are grounds, then, for claiming that one of the main accomplishments of total institutions is staging a difference between two constructed categories of persons – a difference in social quality and moral character, a difference in perception of self and other. [6]
>
> (Goffman, 1991 [1961]:104)

En su *Asylums*, el sociólogo americano Erving Goffman, (1991 [1961]), describe la distancia social entre internos y miembros del personal sanitario como requisito fundamental para el buen funcionamiento de la institución. La división tajante entre un gran grupo de personas controladas y un pequeño grupo que las controla es una característica distintiva de las instituciones totales.[7] Aunque haga referencia a diferentes instituciones como la cárcel y el seminario, la institución total que Goffman analiza más detalladamente en *Asylums* es el hospital psiquiátrico. La descripción de su funcionamiento, basada en su investigación en el St. Elizabeths Hospital de Washington D.C. hacia 1950, guarda semejanza con varios aspectos de la vida social de la institución psiquiátrica alejandrina, tanto en relación al mundo del interno como al del personal.[8] Sin ir más lejos, los procesos de «degradación o mortificación del yo»[9] a los que las internas son progresivamente sujetas a lo largo de su institucionalización se reflejan en la experiencia observada de muchas pacientes del hospital de Alejandría.

En este punto, cabe destacar que la mayoría de las mujeres admitidas a hospitales psiquiátricos públicos en Egipto pertenecen a clases sociales desaventajadas. La dificultad económica y/o emocional de sus familiares para cuidar de ellas a domicilio y el fuerte estigma social hacia la enferme-

6 «Hay motivos, entonces, para sostener que uno de los principales logros de las instituciones totales es crear una diferencia entre dos categorías construidas de personas —una diferencia de calidad social y carácter moral, una diferencia en la percepción del yo y del otro».

7 Este mismo concepto es expresado por Basaglia (2010 [1968]: 115) cuando afirma que «quello che caratterizza le istituzioni è la netta divisione fra chi ha il potere e chi non ne ha» («lo que caracteriza las instituciones es la división tajante entre quien tiene el poder y quien no»).

8 Para una descripción detallada de este tema, véase los capítulos 6 y 7 de mi tesis de doctorado *Open Walls: the Experience of Psychiatric Institutionalization through Egyptian Women's Drawings* (Cover, 2016).

9 Con la expresión «mortificación del yo», se refiere a la serie de «abasements, degradations, humiliations, and profanations» (humillaciones, degradaciones y profanaciones) (Goffman, 1991 [1961]: 24) que la persona experimenta en el contexto institucional.

dad mental hacen que, a menudo, el hospital se transforme en un lugar de residencia permanente. La reforma psiquiátrica que se inició en Egipto en 2009[10] trata de detener esa tendencia, promoviendo la desinstitucionalización de los pacientes y la defensa de sus derechos. Sin embargo, la escasez de servicios psiquiátricos en territorios rurales —expresión de una más que generalizada negligencia del estado hacia el sector de la salud mental— dificulta que las familias se hagan cargo de los pacientes.

Por todo lo anterior, la vida de estas mujeres está fuertemente influenciada por los efectos de la violencia estructural, un tipo de violencia que "is built into the structure and shows up as unequal power and consequently as unequal life chances" (Galtung, 1969:171).[11] El concepto de «violencia estructural», propuesto por este último en los años sesenta del siglo xx, se ha hecho popular en antropología médica por el uso que de él hace Paul Farmer (2004). Éste explica que para entender cómo la violencia estructural se desarrolla, hay que tener en cuenta simultáneamente diferentes factores o ejes, cada uno de los cuales "play a role in rendering individuals and groups vulnerable to extreme human suffering" (Farmer, 2009: 21).[12] A partir de su teorización se puede explicar la condición de las pacientes admitidas al psiquiátrico de Alejandría como el resultado de una confluencia entre el «eje del género» y el «eje de la pobreza». La posición desaventajada que ocupan en la jerarquía social como mujeres y como miembros de la clase baja las expone a una mayor probabilidad de padecer un trastorno mental y disminuye sus posibilidades de lidiar con él en el seno de su entorno familiar.

Observo a las mujeres mientras, con el paso lento de quien soporta la carga de un peso invisible, se acercan a la sala donde realizamos las sesiones de dibujo. Su aspecto desordenado y descuidado me hace pensar en las paredes desnudas y raspadas de su pabellón; y su pelo, en las plantas demacradas y abandonadas del jardín. En todo caso, si el aspecto de las

10 La *Law for the Care of Mental Patients* (Ley para el cuidado de los pacientes psiquiátricos) de 2009 reemplaza la de 1946, *Law for the Institutionalization of Those with Mental Illness* (Ley para la institucionalización de los que tienen trastorno mental). Este título expresa la filosofía custodial aplicada a la gestión de la enfermedad mental en aquella época.

11 «forma parte integral de la estructura y aparece como poder desigual y, por consiguiente, como oportunidades de vida desiguales».

12 «juega un papel en hacer los individuos y los grupos vulnerables al sufrimiento humano extremo».

pacientes llega a parecerse al de la institución no es por un juego de espejos superficial y transitorio. Si este proceso se da es porque, con el paso del tiempo, la lógica institucional consigue penetrar la persona, influenciando el concepto de sí misma y modelando su cuerpo. La acción homogenizadora y opresiva de la institución consigue inscribirse no sólo en el físico, si no también en la manera de pensar y de actuar de las pacientes.

> […] si può dire che il malato mentale, immesso in una istituzione la cui finalità terapeutica risulta ambigua nel suo ostinarsi a rapportarsi ad un corpo malato, ha assunto su di sé l'istituzione stessa come proprio corpo, incorporando l'immagine di sé che l'istituzione gli impone (…) (Basaglia, 2010 [1968]:138).[13]

«Señorita Ilaria, creo tener un problema. Cada vez que dibujo algo que carece de simetría, me siento incómoda. Otra cosa preocupante es que tiendo a empezar muchos dibujos, pero no consigo acabar ninguno», me comenta, con un tono turbado, Hala, una mujer de unos cuarenta años ingresada con un diagnóstico de esquizofrenia hace más de una década. Hala parece haber hecho suya la tendencia de la Psiquiatría en interpretar toda actitud del diagnosticado como expresión patológica. Su tendencia a juzgar su producción artística en términos psicológicos y, además, a encontrar en ella la prueba de su desorden mental demuestra el éxito de la lógica psiquiátrica en moldear las categorías de percepción de la realidad de las personas internas.

En *Opera Aperta* el semiólogo italiano Umberto Eco (2013 [1962]) sostiene que las obras de arte son, en sí, mensajes ambiguos. Una obra de arte es al mismo tiempo, Eco explica, una «forma compiuta e chiusa nella sua perfezione di organismo perfettamente calibrato» y [una forma] «aperta, possibilità di essere interpretata in mille modi diversi senza che la sua irriproducibile singolarità ne risulti alterata» (Eco, 2013 [1962]:34; cursivas en el original).[14] Su reflexión puede aplicarse a las creaciones de-

13 «Se puede decir que el enfermo mental, introducido en una institución cuya finalidad terapéutica resulta ambigua por obstinarse a relacionarse con un cuerpo enfermo, adopta la institución misma como propio cuerpo, incorporando la imagen de sí mismo que la institución le impone».

14 «Forma realizada y *cerrada* en su perfección de organismo perfectamente calibrado» y «*abierta*, posibilidad de ser interpretada de mil maneras distintas sin que su irreproducible singularidad resulte alterada».

toda persona que se dedique a la expresión artística, sea o no una artista profesional.

La importancia de expresarse a partir de una creación propia y de tener la autoridad sobre su interpretación es particularmente importante en un hospital psiquiátrico, un lugar donde existe «una ragione psicopatologica per ogni avvenimento e una spiegazione scientifica per ogni atto» (Basaglia, 2010 [1968]:138),[15] un lugar que, según Foucault (2006:4), se construyó a partir de la asimetría de poder que caracteriza la relación psiquiatra-paciente en beneficio neto del primero. Foucault describe el poder psiquiátrico como un poder anónimo, sin nombre y sin rostro, que no está concentrado en las manos de una sola persona o de un solo grupo. Si existe dicho poder, dice, es porque está esparcido, porque se desarrolla a través de «dispersion, relays, networks, reciprocal supports, differences of potentials, discrepancies».[16] La tendencia, paternalista sin duda, de tratar el paciente psiquiátrico como poco creíble, necesitado de dirección o bien de protección se distribuye entre los diferentes niveles de la jerarquía hospitalaria. Los internos, a menudo, acaban reforzando esta tendencia, de acuerdo con el papel que la lógica institucional les otorga.

Durante las sesiones de expresión artística pude comprobar como a las pacientes les cuesta salir de un posicionamiento pasivo y dependiente. Aunque les exhortara a moverse libremente en el espacio de la sala destinada a las sesiones y a coger ellas mismas el material artístico, tenían la tendencia a sentarse en sitios predefinidos esperando que alguien les acercara los colores y les ayudara a dibujar. Por otro lado, la actitud de los psiquiatras hacia las pacientes no era marcadamente distante y autoritaria, pero en distintas ocasiones observé su dificultad en relacionarse con ellas de forma paritaria o lejos de dinámicas de infantilización.

En la comunicación verbal entre las pacientes y yo, el principal obstáculo fue que cuando los psiquiatras me traducían sus relatos del árabe al inglés traducían, al mismo tiempo, un lenguaje experiencial a un lenguaje técnico, seleccionando además las informaciones que «ellos» consideraban importantes y, a veces, reinterpretándolas en términos patológicos. Así sucedió, durante una sesión de dibujo, cuando una paciente dijo que estaba contenta con el trabajo artístico que estábamos realizando, pero

15 «Hay una razón psico-patológica por cada suceso y una explicación científica por cada acto».

16 «dispersión, relés, redes, soportes recíprocos, diferencias de potencial, discrepancias».

que llevaba tres días sintiéndose muy triste. La psiquiatra tradujo fielmente la primera parte de la frase y transformó la segunda parte en un decidido «dice que ha estado disfórica durante los últimos tres días». En otra ocasión, la alienista me resumió el largo discurso de una paciente en un par de frases. Cuando le pedí qué más había dicho ella, me contestó de la siguiente forma: «Ah, no te preocupes. El resto sólo eran delirios». Luego supe que lo que la paciente había expresado habían sido sus dificultades de interacción con las enfermeras y las camilleras de su pabellón, explicando que estaba segura de que la odiaban. En ambos ejemplos, los psiquiatras han utilizado su poder de definición de la realidad, un poder descrito como 'a sort of intensifier of reality around madness' (Foucault, 2006:143).[17] Más que tener los instrumentos para curar una expresión del sufrimiento humano, el psiquiatra en efecto tiene los instrumentos que encapsulan esta expresión en un sistema diagnóstico, un sistema que define la frontera entre lo real y lo irreal, lo normal y el patológico.

Tanto la psiquiatra del primer ejemplo como el alienista del segundo proyectan una mirada patologizante sobre la expresión de un malestar expresado por las pacientes. En el primer caso una emoción, la tristeza, se convierte en «disforia»; en el segundo, una sensación, ser odiada por las camilleras, se transforma directamente en «delirio». En ambas situaciones se desautoriza la perspectiva de una persona a causa del rol que ocupa en el hospital. Avalándose en un lenguaje técnico, el psiquiatra encuentra la evidencia patológica que busca y le otorga carácter de realidad empírica, pero olvida que el contexto y el rol de su interlocutora pueden tener mucho peso en la génesis de los supuestos síntomas que expresa.

Rosenhan (1973: 251), el psicólogo americano autor del famoso experimento sobre la validez de los diagnósticos psiquiátricos [18] se preguntaba «do the salient characteristics that lead to diagnoses reside in the patients themselves or in the environments and contexts in which observers find them?».[19] Estar interna en un psiquiátrico que reproduce una lógica custodial conlleva una serie de dificultades materiales y emocionales. Por ello, emociones de tristeza y percepciones de conflicto con el personal sa-

17 «Una especie de intensificador de la realidad entorno a la locura».

18 «¿Las características destacadas que llevan a un diagnóstico residen en los pacientes mismos o en los ambientes y en los contextos en los que los observadores les encuentran?»

19 Sus experimentos se pueden hallar en *On Being Sane in Insane Places* (Rosenhan, 1973).

nitario pueden ser reales y no tienen porque ser interpretados como expresión de una subyacente patología mental.

En el siguiente apartado daré un ejemplo de cómo a través del trabajo artístico —en este caso fotográfico— el personal ha tomado conciencia de hasta qué punto *the work of the institution* puede afectar a la vida de las pacientes; y cómo esta toma de conciencia ha supuesto un acercamiento entre el mundo del personal y el de las pacientes.



Crear imágenes para hacer dialogar mundos



Fig. 1: El jardín del hospital psiquiátrico «patas arriba»

El hospital psiquiátrico de Alejandría cuenta con casi 1000 pacientes. Las mujeres están alojadas en el ala izquierda, mientras que los hombres están en la derecha. Solo coinciden en la biblioteca, situada en el centro de las instalaciones, o en el teatro que se abre ocasionalmente para celebrar algunas fiestas. Aunque el personal médico femenino puede acceder a los pabellones masculinos, éstos son zonas *off limits* para las pacientes, como los pabellones femeninos lo son para los pacientes.

La imagen de la figura 1 fue tomada por una paciente durante una sesión de fotografía que organizamos en un jardín del hospital. Fue el doctor Kareem, uno de los psiquiatras que presenciaron las sesiones, quien propuso que las pacientes experimentaran con cámaras digitales. Aunque su idea fue constructiva, la manera con la que llevó a cabo la sesión originó algunas tensiones entre los miembros del grupo. Desde mi perspectiva

como etnógrafa e integrante del grupo, sentí que estas tensiones fueron debidas a su posicionamiento emocional distante hacia las pacientes que le hizo infravalorar, pasar por alto y por ende, desatender las necesidades de las mujeres con las que interactuaba: su distancia emocional desembocó en una distancia cognitiva hacia ellas, en una falta de comprensión de su situación real en el hospital.

La imagen, a la que he aplicado un filtro en blanco y negro, retrata una zona del jardín de la unidad para el tratamiento de la adicción, en el que se admiten tanto hombres con patología dual, adicción y trastorno psiquiátrico, como otros sin diagnóstico. El hecho que el paisaje sea representado al revés no es el resultado de una elección artística si no, más bien, de una circunstancia vinculada a la experiencia de las pacientes: para la mayoría de ellas, esa fue la primera vez en que vieron y utilizaron una cámara fotográfica digital. En consecuencia, algunas de ellas sacaron fotos borrosas o que representan un mundo al revés.

Ni las mujeres ni los hombres internados pueden, salvo excepciones, adaptar su apariencia según sus inclinaciones y gustos personales. Tienen un control muy escaso sobre 'the presentation of [their] self in everyday life' (Goffman, 1959).[20] Prácticas institucionales denigrantes e interacciones con los miembros del personal basadas en un fuerte desequilibrio de poder producen un lento y difícilmente reversible —a menudo inexorable— proceso de «mortificación del yo» (Goffman, 1991 [1961]:24).

Los internados no tienen acceso a los recursos y herramientas que les permitirían conservar una apariencia de dignidad en la institución. Aunque la requisa de bienes personales y la adaptación a deficientes condiciones higiénicas afectan a hombres y mujeres por igual, suelen ser vividas peor por estas últimas puesto que la confección de su *look*, tal y como está socialmente construida en la cultura egipcia, es más elaborada que en el caso de los hombres.[21]

20 «La presentación de [su] yo en la vida cotidiana».

21 Hablar de un «único» *look* típico de las mujeres egipcias es evidentemente reduccionista, y por ende, falaz. Factores como la clase de edad, la clase social, la procedencia (ambiente rural o urbano), la adherencia a códigos religiosos y morales y la moda influencian el *look* de las mujeres egipcias. Sin embargo, independientemente del estilo que escogen, las mujeres egipcias comparten una atención cuidadosa con su aspecto estético. Para información más extensa sobre la construcción social de la belleza en el Egipto contemporáneo ver Ghannam (2004).

Por razones de seguridad, los espejos están prohibidos en el hospital. A las mujeres que llevan muchos años en la institución, por presuntas razones higiénicas, se les corta el pelo muy corto. Las que no reciben visitas de amigos o parientes carecen de ropa interior —«cuando camino, todo se mueve, y esto me da mucha vergüenza», me comentó una paciente en un susurro. Llevar el *hijab* también está prohibido por razones de seguridad, pues años atrás una mujer lo utilizó para poner fin a su vida. Para las que, fuera del hospital, llevan *hijab* o *niqab*[22] y lo consideran importante por su identidad religiosa y/o moral, enseñar el cabello a desconocidos[23] puede ser embarazoso e incluso, violento. Vestir camisones desgastados o pijamas y no llevar ropa interior no hace más que incrementar su sensación de incomodidad y vergüenza ante los pacientes hombres.

Teniendo en cuenta todo esto, acepté la propuesta del doctor Kareem a condición de que la sesión fotográfica se hiciera en el jardín del ala de mujeres. El día de la sesión me enteré de que el psiquiatra había previsto y preparado la sesión para que fuéramos al jardín de la unidad masculina de adicciones. Cuando nos encontramos con las mujeres en la sala donde solíamos dibujar y el doctor Kareem explicó a dónde íbamos a ir, noté que se alarmaban. Camino al jardín Sara intentó protestar a su manera, diciendo que estar expuesta al sol durante un rato largo le producía dolor de cabeza. El doctor Kareem, sin darse cuenta del meta-mensaje de temor escondido en las palabras de la mujer, le contestó que broncearse es bueno para la salud. Viendo que Hala aflojaba el paso, le pregunté qué le pasaba. *Ana khaifa, khaifa men el righela*.[24] Pocos minutos después de nuestro asentamiento en un área del jardín, unos cuantos hombres del departamento de adicción se asomaron a las ventanas y a los balcones de sus habitaciones protegidos con rejillas.

La tensión entre las pacientes, y entre el doctor Kareem y yo, se incrementó todavía más cuando nos alcanzó el resto de pacientes, acompaña-

22 Tal y como explica Elizabeth Bucar (2012) la palabra árabe *hijab* es difícil de traducir porque tiene significados diferentes dependiendo del contexto histórico y del área geográfica de referencia. En este texto, por *hijab* se entiende el tipo de pañuelo que deja el rostro de una mujer visible, mientras que por *niqab* se entiende el tipo de pañuelo que cubre la totalidad del rostro de una mujer con la exclusión de sus ojos.

23 En esta categoría no están incluidos los doctores y, en general, los miembros del personal sanitario, ya que en el islam no hay restricciones acerca del tratamiento de pacientes mujeres por parte de profesionales sanitarios de sexo masculino.

24 «Tengo miedo, miedo a los hombres».

das por una enfermera. Entre ellas estaba Hasnaa, una mujer con mucho carácter, que no cesó de gesticular y quejarse en voz alta.

— «¿Qué te pasa, Hasnaa?», le preguntó Kareem desconcertado.

— «¿Porqué me habéis hecho venir aquí? Yo no soy una rata de laboratorio».

La respuesta de Hasnaa expresa su rebelión ante un sistema que subestima las necesidades y la vulnerabilidad de las internas, que las reduce a objetos que pueden ser movidos en el establecimiento negando por completo su condición de agentes de sus propias experiencias.

Ante el enfado de Mona, la actitud asustada de Sara y mi silencio molesto, el doctor Kareem pidió a un enfermero del centro masculino prohibir a los pacientes varones que se asomasen a los balcones hasta que hubiera terminado nuestra sesión fotográfica. De vuelta a la sala donde nos encontrábamos para dibujar, el doctor Kareem preparó un *slide show* de las fotos tomadas por los diferentes miembros del grupo y nos las enseñó. Las pacientes se mostraron entusiastas de su trabajo. Amina, en particular, no paró de sonreír y hacer comentarios divertidos, hasta que… reconoció su imagen en una de las diapositivas.

— «Ésta soy yo?» preguntó incrédula. Y dirigiéndose a mí, añadió:

— «¿Cómo es posible, doctora, que haya cambiado tanto desde la admisión en el hospital? No me reconozco, parezco un hombre».

Bourdieu (1977) explica que el *habitus* está estructurado por el «campo».[25] Es decir, la manera en la cual las personas perciben, piensan y actúan está influenciada por el campo de fuerzas en el que están insertadas. El proceso de «mortificación del yo» que transforma a las personas que sufren de un problema emocional o mental en pacientes psiquiátricos crónicos implica una modificación de sus *habitus*. La manera de «estar en el mundo» antes de ingresar se cuestiona tras el internamiento. En el hospital, nuevas reglas y nuevas formas de interacción con el personal sanitario las empujan a adquirir el *habitus* institucional. Se puede decir que,

25 Bourdieu ha definido el *habitus* como un «système socialement constitué de dispositions structurées et structurants qui est acquis par la pratique et constamment orienté vers des fonctions pratiques» (un sistema socialmente constituido de disposiciones estructuradas y estructurantes que se adquiere por la práctica y constantemente orientado hacia funciones prácticas) (Bourdieu, 1992:97) y el «campo» como «un réseau, ou une configuration de relations objectives ente des positions» (una red, o una configuración de relaciones objetivas y de posiciones) (Bourdieu, 1992:72).

internadas, las personas tienen que «re-*habitu*-arse» a nuevas maneras, en su mayoría humillantes para ellas, de vivir su cuerpo y su subjetividad.

«La comida no está bien cocinada, o está demasiado picante. Y siempre hacen las mismas recetas… bueno, está claro: no somos cualquier tipo de pacientes. ¡Somos pacientes psiquiátricas!», comentó Sarah. «Nos bañamos con el jabón de los enfermos», me explicó Amina. Estas declaraciones dan cuenta de cómo el *habitus* institucional penetra a través de prácticas cotidianas y aparentemente innocuas. El tono irónico de Sarah y Amina revela que son conscientes de la carga simbólica que llevan consigo dichas prácticas. Sus palabras denuncian la conexión entre la baja calidad del servicio que se les ofrece y el lugar marginal que ocupan en su sociedad.

Entendí la pregunta de Amina «¿Cómo es posible, doctora, que haya cambiado tanto desde la admisión en el hospital?», pero me quedé mirándola como si no. Me giré hacia el psiquiatra y le pedí la traducción tratando de ganar tiempo, porque si hubiera sido sincera, le hubiera respuesto a Amina que su cambio no era nada extraño. Le hubiese dicho, «es porque, como muchas de tus compañeras, acabaste vistiendo la institución. Te enseñaron que tu piel es vulnerable, la hicieron muy permeable a la lógica institucional, hasta que esta lógica consiguió penetrar en ti, y transformarte.» ¡La respuesta que finalmente se me ocurrió —«Pero si sigues siendo hermosa!»— dejó, y con razón, insatisfecha a Amina.

La reflexión de Amina desencadenó comentarios y preguntas de sus compañeras. Mariem preguntó por qué había engordado tanto, y dijo que no le gustaba cómo su cuerpo había cambiado desde el ingreso. Hasnaa, en cambio, se quejó de su constante mal genio. El doctor Kareem sugirió a Mariem que pidiese a los doctores de su departamento que controlasen su tiroides, pero explicó a Hasnaa que si los medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas activos de la esquizofrenia, para curar el humor lo más importante era la rehabilitación. Por un lado, entonces, el psiquiatra utilizó una explicación biológica por una condición —la corpulencia, en el caso de Mariem— íntimamente conectada con la falta de actividades de rehabilitación en el hospital y que obliga a las pacientes a una vida sedentaria. Por el otro lado, propuso una explicación no-biomédica para explicar porque el humor de Hasnaa no mejora, subrayando la importancia de la rehabilitación sobre la medicación.

Su dificultad para responder adecuadamente a las preguntas de las pacientes alcanzó su climax algo más tarde. Tras unos segundos de silencio, el doctor Kareem se aventuró a decir:

> — «En todo caso, tendríais que cuidaros más, aunque estéis en el hospital. ¡Sois mujeres, después de todo!»
>
> Al escuchar estas palabras, Amina le miró fijamente y le dijo:
>
> «Doctor, ¡pero si el agua está congelada! Y no tenemos ni jabón para lavarnos…»

En el diálogo se aprecia cómo el eje del género y el de la pobreza influencian la experiencia vital de las internadas. En las palabras del psiquiatra se proyecta la expectativa social de que las mujeres sean estéticamente agradables. Mi respuesta a la pregunta de Amina, «¡Pero si sigues siendo hermosa!», revela que dicha expectativa es parte también de mis propias referencias culturales. La respuesta del doctor Kareem aludiendo a que cuidar de la imagen para ser reconocida socialmente sea una responsabilidad específicamente femenina —una idea de por sí cuestionable— es si cabe aún más desacertada en el contexto del hospital psiquiátrico, un lugar que agudiza la marginalidad social de sujetos ya marginados por ser diferentes, y que homogeniza, adormece y, a veces, incluso desexualiza sus cuerpos. Antes de colaborar conmigo en las sesiones de expresión artística, el doctor Kareem había trabajado únicamente con hombres internos en departamentos de pago. Su torpe comentario es en parte explicable por su ignorancia de las condiciones materiales de las mujeres que residen en la clínica de beneficencia, fruto de la pobreza de sus familias y del desinterés de la sanidad pública egipcia por el área de la salud mental.

Reflexiones finales

> El arte brinda un medio que supone, al mismo tiempo, una comunicación con los demás y una confrontación con uno mismo.
>
> (Ronald D. Laing)

Una de las ventajas de trabajar con imágenes, reconocida por el arte terapia, es la posibilidad de crear una «triangulación» entre la persona que crea una obra, la obra y el arte-terapeuta. Quien ha realizado el trabajo y

quien ha observado el proceso creativo pueden construir un diálogo mediante la obra, aludiendo a temas claves en la experiencia de una persona de forma indirecta.

A lo largo de las sesiones artísticas en el psiquiátrico de Alejandría, en algunas ocasiones los dibujos creados por las pacientes desempeñaron una acción catártica, ya que sirvieron como base para explicar historias personales delicadas. Aunque también aparecieron temas sensibles en los dibujos del personal sanitario, a éstos les costó más compartir historias personales con los otros participantes, por el miedo a romper la distancia emocional que les mantiene en posición de poder respecto a las pacientes. Sin embargo, cuando al finalizar la fase de creación artística nos sentábamos en el círculo de sillas y apoyábamos los dibujos en el suelo, ante nuestros pies, se formaba un espacio en el que «el mundo» de cada participante era presentado a los demás. A veces, los comentarios y las preguntas que se generaban en aquel espacio ofrecían *insights* y reflexiones que ayudaban una persona a re-significar su experiencia, o a observarla desde una nueva perspectiva.

La médica y académica americana Rita Charon (2012:342) define las historias personales como una 'avenue toward telling and, therefore, knowing of the self'.[26] Sostiene que, en el contexto clínico, la calidad de la atención prestada por los profesionales de la salud puede mejorar si éstos se interesan en los significados que sus pacientes expresan a través de las *illness narratives*. Por un lado, dicho interés les permite establecer un contacto auténtico con sus pacientes y, por el otro, les permite tomar conciencia de los múltiples hilos que enlazan la dimensión emocional, social y política de la vida con el malestar físico y emocional.

Considerando todo lo anterior, me parece importante remarcar que las sesiones de expresión artística dinamizadas en el hospital psiquiátrico de Alejandría no fueron organizadas con una intención terapéutica, sino etnográfica. Sin embargo, a juicio de algunas participantes, a veces los encuentros tuvieron un efecto beneficioso para su estado de ánimo. «Al dibujar, he trasferido mis emociones negativas en la hoja de papel, y ella me ha devuelto un sentimiento de felicidad», comentó Hasnaa en una ocasión.

26 «Vía que conduce hacia el relato y, entonces, hacia el conocimiento del yo».

Así, pese a que la intención con la que fueron organizadas las sesiones fuese la de acercar personas que ocupaban lugares distintos en la jerarquía de poder de la institución, este movimiento pudo, en alguna ocasión, influenciar positivamente su experiencia en la institución.

En la sesión dedicada a la fotografía, una imagen sirvió como detonante de la expresión de un malestar compartido por varias mujeres internas. De una forma inesperada, la cámara funcionó como el espejo en el que Amina y sus compañeras no se habían podido mirar desde más de una década. Su toma de conciencia de cómo «el trabajo de la institución» había transformado sus cuerpos chocó con la actitud ingenua del psiquiatra, influenciada por estereotipos culturales. El choque entre su perspectiva y la de las pacientes terminó produciendo conocimiento y redujo, de algún modo, la brecha existente entre dos mundos socialmente construidos como distantes. Trabajar «hombro con hombro» con las pacientes permitió a los médicos darse cuenta de los factores extra-clínicos que afectan y modelan sus *habitus* y sus cuadros diagnósticos. Al mismo tiempo, compartir historias personales y un trabajo creativo con los miembros del personal permitió a las pacientes redimensionar el papel que éstos suelen ocupar en el contexto institucional, un papel que a menudo dificulta en lugar de favorecer la acción terapéutica.

La sesión de fotografía no es sino un ejemplo del potencial del trabajo artístico en el marco de una investigación etnográfica. La implicación de etnógrafo e informante en la misma actividad fomenta la creación de una dinámica de relación horizontal entre las dos partes. El hecho de trabajar con imágenes hace que la comunicación entre ambas se expanda más allá del nivel verbal-cognitivo y abarque la dimensión inconsciente y emocional de la experiencia. Por un lado, el «hacer juntos» y, por el otro, el «hablar de una cosa a través de otra» (es decir, el hecho de utilizar imágenes por hablar de temas específicos) enriquece la dinámica tradicional que se instaura entre etnógrafo e informante, consintiendo a este último tener más autoridad tanto sobre la elección de las informaciones que quiere expresar, como sobre su forma de presentación. La creación de imágenes por parte de pacientes, personal médico y antropóloga ayudó a hacer visibles datos de la experiencia de cada uno que, de otro modo, quedarían escondidos en la estructura rígida del rol que se auto-otorgan o que les es asignado.

El riesgo fundamental de la aproximación etno-artística presentada, en mi opinión, está relacionado con el tema de la interpretación de las imágenes, un riesgo que —como varios ejemplos ofrecidos en este capi-

tulo demuestran— se agudiza en la institución psiquiátrica, un espacio caracterizado por la tendencia a patologizar el comportamiento humano. Por esta razón, creo que utilizar a fines analíticos las imágenes creadas por los informantes sea adecuado sólo si se toma como punto de partida la lectura que ellos hacen de las mismas. De otra forma, la integración de técnicas artísticas en la investigación etnográfica clásica sería infecunda, o constituiría un instrumento más a disposición del etnógrafo para distorsionar la representación que el informante hace de su mundo.

Bibliografía

Basaglia, Franco (2010) [1968]. *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milano: Baldini Castoldi Dalai editore.

Belmonte, Thomas (1989). *The Broken Fountain*. New York: Columbia University Press.

Boas, Franz (1927). *Primitive Art*. New York: Dover.

Bourdieu, Pierre; Wacquant Loic J. D (1992). *Réponses. Pour une Anthropologie Réflexive*. París : Éditions du Seuil.

Bourdieu, Pierre (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.

Bucar, Elizabeth (2012). *The Islamic Veil*. Oxford: Oneworld Publications.

Charon, Rita (2012). «At the Membranes of Care: Stories in Narrative Medicine», *Academic Medicine*, 87(3): 342-347.

Cover, Ilaria (2016). *Open Walls: the Experience of Psychiatric Institutionalization through Egyptian Women's Drawings*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. [Consultada el 10/12/2016].

Eco, Umberto (2013) [1962]. *Opera aperta. Forma e indeterminazione nelle poetiche contemporanee*. Milano: Tascabili Bompiani.

Farmer, Paul (2009). «On suffering and Structural Violence: a View from Below», *Race/Ethnicity: Multidisciplinary Global Contexts,* 3(1): 11-28. [Consultado el 10/12/2016].

Farmer, Paul (2004). «An Anthropology of Structural Violence», *Cultural Anthropology,* 45(3): 305-325.

Foucault, Michel (2006). *Psychiatric Power: Lectures at the Collège de France 1973-74*. Houndmills Basingtoke & New York: Palgrave Macmillan.

Galtung, Johan (1969). «Violence, Peace and Peace Research», *Journal of Peace Research,* 6(3): 167-191.

Geertz, Clifford (1983). «Art as a Cultural System». En: *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books, 55-70.

Ghannam, Farha (2004). «Quest for Beauty: Globalization, Identity, and the Production of Gendered Bodies in Low-income Cairo». En: Sholkamy Hania; Ghannam Farha, (eds.). *Health and Identity in Egypt*. Cairo & New York: The American University in Cairo Press, 111-128.

Goffman, Erving (1991) [1971]. *Asylums: Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin Books.

Goffman, Erving (1959). *The Presentation of the Self in Everyday Life*. New York: Doubleday-Archer Books.

Levi-Strauss, Claude (1982) [1975]. *The Way of the Masks*. Vancouver: Douglas & McIntyre.

Marxen, Eva (2009). «La etnografía desde el arte. Definiciones, bases teóricas y nuevos escenarios», *Alteridades,* 19(37): 7-22. [Consultado el 10/12/2016].

Munn, Nancy (1973). *Walbiri Iconography*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Rosenhan, David L. (1973). «On Being Sane in Insane Places», *Science*, 179: 250-258.

Schneider, Arnd; Wright, Christopher (2014). «Between Art and Anthropology». En: Schneider Arnd; Wright, Christopher (eds.) *Between Art and Anthropology. Contemporary Ethnographic Practice*. London & New York: Bloomsbury Academic, 1-21.

Scheper-Hughes, Nancy (1993). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, Los Angeles & Oxford: University of California Press.

«EL SECRETO ESTÁ EN MI INTERIOR». LA NEUROPOLÍTICA Y LA EMERGENCIA DE LAS NEURONARRATIVAS EN EL CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS[1]

Àngel Martínez-Hernáez
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: El aumento incesante del consumo de antidepresivos en la mayoría de países de capitalismo avanzado puede tomarse como un ejemplo de la cerebralización contemporánea de las aflicciones humanas. Este proceso ha sido desarrollado por los sistemas expertos y ha filtrado en la cultura popular global creando nuevas biosocialidades o neurosocialidades, así como nuevas ontologías del *self*: el *self* neuronal. Definimos el *self* neuronal como un proceso de interiorización, cerebralización y orientación centrípeta del *self* que da lugar una idea cerebralizada de persona. El resultado es un *self* para sí mismo («el código y el secreto están en mi interior») y la emergencia de las neuronarrativas. Este texto, basado en mi trabajo de campo sobre el consumo de antidepresivos en Cataluña, analiza cómo en las neuronarrativas el *self* se objetiviza a sí mismo, mientras que a un tiempo subjetiviza las aflicciones, sus presumidas causas y los tratamientos, convirtiendo los sujetos en cosas y las cosas en sujetos.

Palabras clave: neuropolítica, neuronarrativas, consumo de antidepresivos, sujeto cerebral, *self* neuronal.

1 Este texto ha sido realizado en el marco del proyecto «La vida medicada» (CSO2012-33841), financiado por el Plan Nacional de I+D+i del Gobierno de España. En él se atiende con nuevos datos y con una nueva mirada un tema ya analizado en publicaciones anteriores (Martínez-Hernáez, 2006, 2007, 2010, 2014).

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 305–320. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

«The secret is inside me». Neuropolitics and the emergence of neuro-narratives among antidepressant consumers

Abstract: The dramatic increase in the consumption of antidepressants in many countries can be taken as one example of the contemporary cerebralization of human affliction. This process has been led by expert systems and has already leaked into global popular culture, creating new biosocialities or neurosocialities, and new ontologies of self as well: the neural self. I define the neural self as an interiorized, cerebralized, centripetal, inwardly-oriented process from which is derived a cerebral idea of personhood. The result is a self for oneself («the code and the secret is inside me») and the emergence of neuro-narratives. This paper, based on fieldwork among consumers of antidepressants in Catalonia, analyzes how in neuro-narratives the self objectifies itself, while at the same time it subjectifies the affliction, its presumed cause (serotonin), and the treatments, turning things into subjects and subjects into things.

Keywords: neuropolitics, neuronarratives, antidepressant consumption, cerebral subject, neural self.

Introducción

En los últimos años, el estudio de las bases biológicas de la consciencia, los procesos psíquicos y los trastornos mentales ha ofrecido impulso a una noción cerebralizada del *self*, tanto en los saberes biomédicos y neurocientíficos, como en los saberes profanos. En este impulso han tenido un papel importante algunos factores, como las nuevas neurotecnologías de representación y visualización cerebral, el desarrollo de nuevas moléculas para los tratamientos de las aflicciones humanas y la presencia de discursos «neuroculturales»[2] en la cultura pública y los *mass media*. De esta forma se ha dibujado un horizonte que supone la aparición de neologismos que amenazan el lenguaje convencional —«neuro-ética», «neuro-economía», «neuro-educación», «neuro-estética», «neuro-diversidad», entre un largo etcétera— y, también, la emergencia de nuevas formas, ya

2 Por neuroculturas entendemos aquí las representaciones y prácticas derivadas del impacto de las neurociencias en el imaginario social, tanto aquellas que aceptan la condición de verdad de la cerebralización de la condición humana como aquellas que contestan esta reducción. Véanse, entre otras muchas referencias, Vidal (2009) y Ortega y Vidal (2007, 2011).

sean reales o imaginadas —pero al fin y al cabo, reales en lo simbólico—, de «biosocialidades»,[3] o mejor dicho aquí: «neurosocialidades». Desde el *neuro-training* y la gimnasia cerebral, «mantenga en forma su memoria», hasta la cosmética psicofarmacológica, «esculpa su personalidad»; desde el uso de las imágenes cerebrales en los tribunales de justicia hasta el advenimiento de nuevos movimientos sociales como el de la «neurodiversidad», el cerebro se ha convertido en un *locus* especial para pensar los comportamientos, deseos y aflicciones característicos de la condición humana.

Como han apuntado algunos autores (Vidal, 2009), esta perspectiva no es enteramente nueva en el panorama intelectual, ya que podemos retrotraerla al desarrollo, iniciado en el siglo xvii, de la Modernidad en las sociedades occidentales y la consiguiente reducción del *self* a un cerebro que se define como el único órgano necesario para ser nosotros mismos. Es lo que Vidal (2009), en su análisis del desarrollo del sujeto cerebral, ha llamado *brainhood* o «cerebralidad», en tanto que arquetipo antropológico de la modernidad; una figura que consolidaría la idea del individuo como agente autónomo en sus elecciones e iniciativas. En sus palabras: «si la personalidad es la calidad o condición de ser una persona individual, la cerebralidad apelaría a la calidad o condición de ser un cerebro» (Vidal, 2009: 5).

Como la personalidad, la «cerebralidad» se expresa de múltiples maneras. Una de ellas, mediante lo que se ha llamado el sujeto cerebral (*le sujet cérébral*) por autores como Ehrenberg (2004), Vidal (2009), Ortega (2010) y Ortega y Vidal (2007, 2011). Otra, vía las nociones de *self* neuroquímico de Rose (2003) y de *self* neurobiológico de Rose y Abi-Rached (2013). También mediante nociones más afines aquí, como las de *self* (psico)farmacéutico de Dumit (2003) y de Jenkins (2010). Sin entrar en la discusión propiciada por Vidal (2009) de si la «cerebralidad» es la figura que ha creado las condiciones de posibilidad para el desarrollo histórico de las neurociencias o a la inversa, lo cierto es que estos conceptos apelan a la presencia de un *self* neuronal contemporáneo que anida tanto en los sistemas expertos como profanos, así como a una neuro-ontología que, como indican Rose y Abi-Rached (2013), introduce la idea de que podemos mejorarnos a nosotros mismos actuando en nuestra propia cerebralidad.

3 Sobre el concepto de biosocialidad ver Rabinow (1996), entre otros muchos.

Aquí, y siguiendo a Csordas (1997), entiendo el *self* como un proceso —el proceso de devenir humano— u orientación que puede cristalizar en determinados modelos culturales de persona. De esta forma, el *self* neuronal es entendido como un proceso particular que construye una orientación cerebralizada y centrípeta de sí mismo y del cual se deriva una idea específica de persona. En este marco, el *self* puede asimilarse al proceso de subjetivación —de creación de subjetividades—, y se articula de forma semejante a la noción de *habitus* (Bourdieu, 1980), ya que supone un sistema de disposiciones duraderas que implica tanto prácticas (incluidas las prácticas de sí mismo o del *self*) como representaciones (incluyendo narraciones y, por supuesto, las narrativas del *self*). Como resulta obvio, desde esta perspectiva no hay tal cosa como un *self* como producto, pues es un proceso en continua auto-constitución de sí mismo.

El *self* neuronal no es necesariamente comprehensivo ni hegemónico en el pensamiento contemporáneo. Como algunos autores han señalado (Ortega y Vidal, 2007), hay una coexistencia de modelos explicativos e incluso de ontologías, incluyendo los saberes profanos, ya que las personas en la vida cotidiana pueden invocar las relaciones sociales, el lenguaje del inconsciente que propone el psicoanálisis o el cerebro neuroquímico para explicar sus aflicciones, las de sus seres próximos y lo que esté en juego en sus vidas. Tampoco el *self* neuronal es incompatible con otros modelos contemporáneos de persona basados en la genética, el cuerpo o la idea ya clásica del actor racional. El *self* neuronal puede coexistir sin grandes contradicciones con estas nociones porque todas ellas se basan en la idea occidental moderna de un yo acotado, interior e individualizado como centro de las decisiones humanas, las creencias, el mundo moral y el pensamiento.

El *self* neuronal se expresa a través de lo que he denominado «neuronarrativas» (Martínez-Hernáez, 2014). Son relatos que privilegian las explicaciones de la aflicción en términos de disfunciones cerebrales, dificultando una conciencia de las dimensiones sociales del sufrimiento y, a la vez, enmascarando el hecho de esta misma obstaculización. Mientras que el *self* se imbrica indefectiblemente en la vida social, las neuronarrativas imaginan un malestar estructurado en términos de individualidad y cerebralidad. Así, en una inversión de algunas perspectivas tradicionales de la antropología, como por ejemplo el estructuralismo francés (Lévi-Strauss, 1978), que consideran el *self* como un acontecimiento y la sociedad y la cultura como realidades estructurantes, las neuronarrativas

transforman la cerebralidad en estructura y reducen el mundo social a mero acontecimiento. De esta forma se produce una negación del mundo social que produce aflicciones como la depresión, la ansiedad o el malestar emocional en un sentido más amplio, y se privilegia la idea que el secreto está en el interior; pero no en un interior auto-reflexivo, sino en un cerebro imaginado poblado de personajes como las disfunciones sinápticas y los neurotransmisores. Como intentaré mostrar aquí, el incremento en el consumo de antidepresivos en la mayoría de los países de capitalismo avanzado puede entenderse como un ejemplo, entre otros, de la cerebralización contemporánea de las aflicciones humanas y de la emergencia de las neuronarrativas.

El nuevo mercado de las aflicciones

Desde la validación en 1986 del clorhidrato de fluoxetina —más conocido por uno de sus nombres comerciales el *Prozac*®—, en Bélgica y en 1987 en los Estados Unidos, la proliferación de apelativos en los medios académicos y de comunicación de masas sobre las virtudes, defectos y repercusiones sociales de los nuevos antidepresivos o antidepresivos de segunda generación,[4] ha generado una auténtica polifonía terminológica. «La cultura de las drogas legales» (Rimer, 1993), «la cápsula de la evasión» (Bracewell, 1993), «la nueva cosmética psicofarmacológica» (Kramer, 1993), «la píldora de la personalidad» (Toufexis, 1993), «la píldora de las píldoras» (Nuland, 1994) o «la generación Prozac» (Grant, 1994) son algunos calificativos populares que adquirieron resonancia ya en la primera mitad de los noventa. En relativamente poco tiempo, y como resultado del impacto que las nuevas moléculas dibujaron en la cultura de la modernidad, cobraron fuerza algunas cuestiones: ¿Cuál es el potencial de la psicofarmacología para esculpir la personalidad? ¿Qué hay de diferente entre estas nuevas tecnologías de la mente y los viejos recursos psicoterapéuticos y psicoactivos? ¿Estamos en los umbrales de un cambio cultural

4 A diferencia de los antidepresivos clásicos o de primera generación, como los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y los tricíclicos, los antidepresivos de segunda generación son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otros medicamentos similares, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (o norepinefrina) (IRSN) y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (o norepinefrina) (ISRN), entre otros.

sin precedentes que va afectar las ideas del *self*, los estados de ánimo y el comportamiento social?

Si bien muchas de estas preguntas permanecen sin respuesta, parece cierto que los nuevos antidepresivos se han convertido en símbolos globalizados presentes en ámbitos tan diversos como los dispositivos médicos y de atención psiquiátrica, la publicidad farmacéutica directa e indirecta al público, los *mass media,* los tecnoespacios informacionales (Internet, *social media*, etc.) y la denominada alta cultura (cine, literatura, etc.) que ha ensalzado o criticado —aunque generalmente con idéntico efecto multiplicador—, el consumo de este tipo de moléculas. Marcas como *Prozac*® (fluoxetina), *Paxil/Seroxat*® (paroxetina) o *Celexa*® (citalopram), —por citar sólo algunas de las más conocidas—, se han convertido en representaciones ubicuas que, mediante el poder homogeneizador de la relación consumidor-mercancía, crean modelos globales sobre la subjetividad y los estados de ánimo en ámbitos locales aparentemente tan diferenciados como distantes. Es la lógica de la mercancía que conlleva que una gran diversidad de objetos, productos, servicios, representaciones, cánones estéticos y modelos de persona puedan incrustarse —al margen de su contexto local de procedencia—, en sistemas globales de distribución y consumo, con el consiguiente protagonismo que ello ofrece a la figura del sujeto-consumidor como paradigma del nuevo individualismo y sus imaginarios asociados: el cuerpo anómalo, decaído y deprimido como símbolo de la ausencia de sintonía con la estructura social frente al cuerpo híper-normalizado, exultante, vital y con capacidad de decisión en la sociedad de consumo.

El auge de los antidepresivos de segunda generación coincide con la consolidación —y también los primeros síntomas de agotamiento—, en Europa y Norte América de las políticas comunitarias de atención en salud mental. Frente a la imagen clásica del manicomio como institución disciplinaria y de confinamiento de los sujetos afectados por trastornos psicóticos, retraso mental y enfermedades neurodegenerativas, los modelos comunitarios constituyen redes de recursos asistenciales que están dirigidos a la población general y no exclusivamente a los afectados por trastornos mentales graves. Una situación semejante se produce en los sistemas de atención primaria de salud de algunos países que incorporan el tratamiento y el seguimiento de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad entre su repertorio de problemas susceptibles de asistencia. De hecho, la atención de la salud mental en las sociedades de capita-

lismo avanzado muestra un claro desdoblamiento entre lo que podemos llamar una biopolítica de las psicosis y de los trastornos graves, basada en la contención disciplinaria y neuroquímica, a menudo contra la voluntad de los afectados, y una biopolítica de los malestares y los estados neuróticos orientada a la asistencia de amplias capas de la población, usualmente mediante psicofármacos como los antidepresivos (Martínez-Hernáez, 2006, 2007, 2010). A diferencia de la primera biopolítica, que ya describiera Foucault (2004a, 2004b, 2013) con acierto, la segunda, según Han (2014), es más bien una «psicopolítica» —para nosotros «neuropolítica»— que establece un sistema de dominación donde, en lugar de emplear el poder opresor característico del modelo disciplinario, se hace uso de un poder seductor y *smart* que apela a las dimensiones pre-reflexivas. En el ámbito psicopolítico el *self* no sólo acepta con entusiasmo los intentos de optimización de sí mismo, por ejemplo, consumiendo antidepresivos, sino que se auto-explota unificando en su interior las figuras hegelianas del amo y del esclavo. Como indica Han: «La psicopolítica neoliberal está dominada por la "positividad". En lugar de operar con amenazas, opera con estímulos positivos. No emplea la "medicina amarga", sino el *me gusta*» (2014: 57).[5]

Las diversas formas clínicas de depresión —depresión mayor, distimia, depresión reactiva, etc.—, y de ansiedad —trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.—, la bulimia y una diversidad de estados reconvertidos en enfermedad, como el síndrome premenstrual disfórico y la fobia social, conforman el amplio espectro de acción e indicación de los nuevos antidepresivos: los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN), entre otros. Su uso ha aumentado espectacularmente y esta tendencia continúa. Según datos de la OECD (2014), la media de consumo para los países miembros de esta organización era de 62 Dosis Diarias Definidas (DDDs) por 1000 personas/día en 2013, si se tomaba como referencia el conjunto de los 20 países de la OECD. En el año 2000, el consumo de antidepresivos para el conjunto de estos países era justo la mitad: 31 DDDs. Este incremento, sin embargo, no ha sido homogéneo, pues se ha producido una

5 Énfasis del autor.

importante variación que oscila entre los valores máximos en 2013 de 118 DDDs en Islandia y los mínimos de 13 DDDs en Chile. Asimismo, entre el año 2000 y el 2013 hay países que han casi quintuplicado el consumo de DDDs, como la República Checa (10 *versus* 49 DDDs, respectivamente). En el caso de España podemos hablar de un incremento que oscila entre los 28,2 DDDs en el año 2000 y los 65,2 en el 2013.

Según nuestro propio análisis,[6] el 8,6% de la población en Cataluña consume antidepresivos, con una diferencia relevante en términos de género, ya que el 4,9% de los hombres indica que ha consumido este psicofármaco en los últimos dos días frente al 12,1% de las mujeres. Su consumo aumenta con la edad, ya que únicamente el 2,2% de la población entre 18 y 30 años son consumidores, frente al 4,7% de los que tienen entre 31 y 45 años, el 11,7% de los que se ubican en la franja etaria de 46 a 65 años y, finalmente, el 14,5 % entre los mayores de 65.

En líneas generales, el perfil de estos consumidores se asocia con variables como ser mujer, mayor de 45 años, de clase media o media-baja, con estudios secundarios y que percibe una privación de apoyo social. Por ejemplo, la probabilidad de ser consumidora de antidepresivos es de 3,8 (Odds Ratio, OR) entre las mujeres catalanas en comparación con los hombres y, entre ellas, esta probabilidad aumenta con la edad hasta alcanzar un OR de 27,9 entre las mujeres mayores de 65 años frente a las que se ubican entre los 18 y 30 años. Adicionalmente, la probabilidad de consumir antidepresivos entre las personas con percepción de falta de apoyo social es de 3,2 (OR) frente a las que se sienten acompañadas, con una curiosa diferencia de género, pues la probabilidad es de 4,7 entre los hombres y de 2,99 entre las mujeres.

Otros factores a destacar que se desprenden de nuestra investigación cuantitativa y cualitativa sobre el consumo de antidepresivos en Cataluña es la inseguridad y precariedad en el empleo, el desempleo, la dificultad en el acceso a la vivienda, el cuidado de parientes con enfermedades crónicas y degenerativas que generalmente recae en las mujeres, la falta de red

6 En el marco del proyecto *La vida medicada* (2012-2015) se realizó una explotación estadística de las oleadas existentes entre 2010 y 2013 de la *Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA). En esta encuesta se pregunta a los entrevistados si han consumido antidepresivos en los últimos dos días y se recopila información de una gran diversidad de variables sociodemográficas y de salud. Los datos cualitativos son el resultado de la observación y de numerosas entrevistas etnográficas a consumidores de antidepresivos y profesionales de la salud mental en Cataluña a lo largo de los años.

social, la pobreza, la exclusión social, el sentimiento de soledad y la incapacidad para mimetizar las imágenes culturales de éxito y de consumo. En realidad, una parte considerable —aunque difícil de cuantificar— de síntomas depresivos y ansiosos tratados en los servicios de salud mental responde a una neuropolítica que demanda ajustes del individuo al mercado de trabajo manteniendo su capacidad de consumo. Aquí el antidepresivo se convierte en un recurso potencial para conjurar las incertidumbres y riesgos de «desafiliación», entendiendo este concepto —en palabras de Castel (1995: 36)— como la imposibilidad o dificultad estructural de los actores sociales para reproducir sus existencias y asegurar su protección.

Algunos de los informantes que he entrevistado desde el año 2002 llegan a afirmar que este tipo de medicamentos es lo «mejor que se ha inventado», pues permite «arreglar tu cerebro». Este es el caso de María de 37 años, administrativa, separada y con dos hijos que afirma:

> Lo bueno de tomar *Prozac®* es que te cambia a ti y cómo te relacionas con los demás. Yo estaba angustiada por no rendir en el trabajo. Como tenía tantos problemas personales: me había separado, mi relación con los compañeros de trabajo era mala… Eso me angustiaba y muchas noches no me dejaba dormir. Pensaba que me iban a echar. Me iba a quedar sin trabajo. Cuando empecé a tomar *Prozac®* las cosas cambiaron. Mi jefe se volvió más comprensivo porque su mujer también lo toma. Yo era más amable con los demás, incluso hacía bromas.

Desde la perspectiva de María, *Prozac®* se convierte en la salvación, en la neurotecnología que puede «arreglar» su cerebro, cambiar su visión de la vida y de ella misma y conjurar el riesgo de desafiliación. En realidad, es habitual entre los consumidores de antidepresivos que la sensación de entusiasmo pueda materializarse, semanas o meses más tarde del inicio de la ingesta de estos psicofármacos, en comportamientos que retroalimentan la sociedad de consumo, como la compra de ropa y de diferentes productos, el cambio de vivienda o el inicio de una actividad empresarial. De esta forma, el entusiasmo se convierte en sintónico con las pautas de consumo, mientras que la época asociada a la «depresión» se percibe como un tiempo durante el cual el sujeto era un inadaptado, presa del miedo a endeudarse, con inseguridades sobre el futuro y sin expectativas. De hecho, el antidepresivo opera como un auténtico integrador social, como un instrumento de adaptación que permite conjurar las incertidumbres sociales. Y aquí las neuronarrativas nos revelan su poder fetichista, pues mientras permiten desocializar las aflicciones humanas apelando a una

cerebralidad estructurante, también naturalizan las convenciones de un determinado modo de producción y su mundo de necesidades creadas.

La emergencia de las neuronarrativas

La popularización del *self* neuronal y de sus expresiones neuronarrativas es un fenómeno relativamente reciente entre los consumidores de antidepresivos en Cataluña. Durante mi trabajo de campo en el inicio de los noventa en la red de atención en salud mental de Barcelona, anterior a la prescripción masiva de los nuevos antidepresivos, era fácil observar reacciones de resistencia. Este es el caso de Rosa, que tenía entonces 50 años de edad. la derivaron a un servicio ambulatorio de psiquiatría de Barcelona, donde la atendieron por una situación compleja de duelo que involucraba la pérdida de varias personas próximas. Tras explicar su historia con evidente dificultad para evitar el llanto, el profesional le prescribió antidepresivos de segunda generación que ella rechazó con firmeza: «lo que tengo no me lo van a quitar estas pastillas». Me sorprendió la interpretación que realizó el clínico de aquel rechazo enérgico de Rosa, pues, llevando al extremo la sinécdoque biomédica, entendió que se encontraba ante una «reacción agresiva propia de la depresión». Curiosa ontología del *self*: las personas están predestinadas por sus condiciones cerebrales a sufrir de depresión y los psicofármacos son necesarios para corregir el tipo de personas que son los pacientes. El *self* aparece aquí como un producto aislado, limitado y prefigurado, en lugar de como un proceso dinámico construido a través del ciclo vital y las relaciones sociales. Lo estructural y estructurante son las condiciones neuroquímicas, no el fluir de la vida social, la cual es relegada en este esquema narrativo a una posición de simple acontecimiento. Rosa insistía en construir una socionarrativa, un modelo explicativo de sus aflicciones habitado por fenómenos corrientes, por pérdidas y adversidades, sin embargo, enfrente se vislumbraba una reducción de todo ese universo a un problema de recaptación de la serotonina en su cerebro.

Con el tiempo, los relatos expertos han ido filtrándose en la cultura popular hasta componer un entramado narrativo híbrido. Este es el caso de Antonio, un joven que después de terminar sus estudios universitarios se vio abocado a empleos precarios y a la frustración de sus expectativas profesionales. Cuando lo entrevisté en 2002, estaba viviendo en una ciu-

dad del área metropolitana de Barcelona y me informó de que tres años antes comenzó a «sentirse mal». Por esta razón consultó a un par de psiquiatras. Ambos profesionales coincidieron en el diagnóstico de depresión, y le informaron que sufría de «un desequilibrio de los neurotransmisores». Antonio insistía en que «la depresión es una enfermedad terrible», que le resultaba muy difícil levantarse por la mañana, que siempre estaba cansado y sin energía. Antonio también me informó (usando, curiosamente, el mismo léxico de los sistemas expertos) que tenía dificultad para concentrarse y dolores de cabeza. Sólo después de un tiempo de conversación me indicó que esta situación coincidió con su intento de combinar largas jornadas de trabajo en empresas de trabajo temporal con los estudios de postgrado. Antonio pasaba noches sin dormir y, cuando lo hacía, dormía mal, con los resultados predecibles al día siguiente. Tras tomar los antidepresivos prescritos por los facultativos dijo que se sentía más feliz y que empezó a ver «la vida con más optimismo». En un momento de su relato me dijo: «ahora mi química cerebral está bien». Cuando le pregunté sobre el impacto de las condiciones de trabajo en su malestar se mostró un poco confundido. Antonio había disociado su aflicción del mundo social, su química cerebral de su inseguridad en el empleo, como si se tratase de realidades desconectadas una de la otra.

Antonio me explicó que había trabajado en diferentes empresas de trabajo temporal, yendo de aquí para allá, a la espera de un trabajo más estable. Me relató que estaba «agotado», «quemado», física y psicológicamente, con dificultad para disfrutar de la vida, para reírse, para tener relaciones sexuales, para levantarse por la mañana, para «afrontar un nuevo día». Sin embargo, el contexto social de producción de su malestar quedaba obscurecido por sus teorías cerebrales sobre la depresión, pues me insistía en que sus problemas fueron causados por sus neurotransmisores. La historia de Antonio contenía una socionarrativa que yo solo era capaz de obtener con insistencia y, a la vez, una neuronarrativa que fluía como un discurso aprendido. El primer tipo de narrativa se mostraba fragmentado y confuso, mientras que el segundo estaba bien estructurado, hasta el punto de parecer incuestionable y cerrado a cualquier interpelación. De hecho, Antonio se veía a sí mismo como una isla psicopatológica influenciada por la marea del mundo social y sus múltiples riesgos, pero sin pertenecer a ese mismo mundo. Únicamente con mi insistencia de etnógrafo fui capaz de conectar su aflicción con su contexto de producción, pero, tengo que admitir, sin mucha convicción por su parte.

Podemos entender la narrativa de Antonio como un producto de la alineación, en el sentido marxista de observar como legítimas las desigualdades sociales y las relaciones sociales de producción propias de una economía capitalista. Podemos también entender que él ha corporalizado los intereses mercantilizadores de la industria farmacéutica y los valores sobre la individualidad, la emocionalidad, el trabajo y el éxito profesional propios de la moderna sociedad de consumo. Sin embargo, lo que nos interesa subrayar en este punto es que el antidepresivo se ha convertido para él en un mecanismo de resolución de sus problemas sociales y biográficos y que, paradójicamente, esto ha sido posible mediante una desocialización y dehistorización de su propia experiencia. Por obra de una neuropolítica y de su hegemonía sobre las conciencias, en la narrativa de Antonio el mundo social ha perdido parte de su memoria. Ahora solo encontramos insomnio, depresión y fatiga.

La neuronarrativa de Antonio, como las de otros de mis informantes, nos habla de una integración a una relación consumidor-mercancía que promueve un *self* aislado y a la vez solipsista, un *self* para sí. En oposición a las relaciones de reciprocidad basadas en la tríada dar-recibir-retribuir y en las cuales el *self* es orientado a un mundo externo en el que se produce un reconocimiento y subjetivización de un otro relacional (el pariente, el amigo, el vecino, etc.); en la relación consumidor-mercancía el *self* es orientado a un mundo donde las cosas (mercancías) son subjetivadas o personificadas y los sujetos cosificados. El resultado es un *self* centrípeto para el cual «el secreto está en el interior» y que cristaliza en sujetos afligidos que están predeterminados a ser como son, a menos que modelen su cerebro con neurotecnologías que permitan su optimización.

Conclusiones

En las neuronarrativas el *self* se objetiviza a sí mismo (cerebro, neurotransmisores, disfunciones, etc.) mientras que al mismo tiempo subjetiviza la aflicción (nosologías), sus supuestas causas (serotonina) y los tratamientos (*Prozac*®, *Paxil*, *Citalopram*), convirtiendo, como ya anunciara Marx (1976), los sujetos en cosas y las cosas en sujetos. Sin embargo, la aceptación de estas soluciones medicamentosas por parte de los consumidores no muestra rasgos de aceptación negativa de un modelo de dominación o de sumisión a una estructura disciplinaria, tal como expresó Foucault

(2004b, 2005, 2013) en la aplicación de su concepto de biopolítica. Más bien los consumidores parecen presentar una aceptación positiva en la que una determinada hegemonía toma cuerpo de forma aparentemente amable, sin que por ello tengamos que asumir la idea optimista de que se trate de la decisión de sujetos soberanos. La cerebralidad parece haber entrado en un pliegue avanzado de su desarrollo; un pliegue en el cual el individuo se cree estructurante de sí mismo y busca las claves de su identidad y su existencia en un modelo de subjetividad que es producto de un mundo exterior, el social, pero el cual paradójicamente es mistificado. En las neuronarrativas el mundo social adopta la posición del acontecimiento más que de la realidad estructurante, y esto también incita a preguntarnos sobre las nuevas inflexiones de un biopoder que, como en el dolor corporal, oculta con su mano el mismo espacio que señala.

En algunas de sus obras, Byung-Chul Han (2010, 2014) argumenta que la sociedad disciplinaria que describiera Foucault ya no se corresponde con la de hoy en día. Frente a los hospitales, manicomios, cárceles y cuarteles se ha establecido un mundo de gimnasios, bancos, oficinas, aviones y laboratorios de biología molecular. Han lo indica para llamar la atención sobre una sociedad contemporánea que tiende más del rendimiento que a la disciplina, donde los sujetos son emprendedores de sí mismos, o como indica Ehrenberg (2008), que induce a los individuos a la iniciativa personal y a devenir ser ellos mismos. Pero a diferencia de éste, Han no define la depresión como resultado de un cansancio del «devenir sí mismo», de la cesión que la sociedad promueve en el individuo en aras de la responsabilidad propia y la iniciativa, sino de un imperativo del rendimiento que posiciona al sujeto en un «no-poder-poder-más» (*nicht mehr können kann*). Han (2010: 31) no participa de la idea de Ehrenberg que el «individuo soberano», a modo del superhombre nietzscheano, pueda componer en la sociedad contemporánea una realidad de masas, sino que más bien se trata del «último hombre» carente de toda soberanía, porque se auto-explota a sí mismo haciendo que la libertad y la coacción coincidan. Así, el sujeto con depresión aparece, según sus palabras, como el «inválido de su propia guerra interiorizada».

Ciertamente, la idea de «nada es posible» que caracteriza las narrativas de las personas con depresión únicamente es comprensible en una sociedad que cree que «nada es imposible», como apunta Han (2010: 31-33). No obstante, los informantes de mi investigación presentan una amplia diversidad de relatos no necesariamente coincidentes con esta idea. Frente

a las narrativas de María y de Antonio que concuerdan en gran medida con la idea del sujeto que se auto-explota a sí mismo y busca optimizaciones para no quedar desprendido de la sociedad del rendimiento, también encontramos otras voces donde se hace presente un discurso de soledad; principalmente entre las mujeres mayores de 65 años, entre las cuales, un 25% en Cataluña son consumidoras de antidepresivos. En estos casos no es el rendimiento lo que está en juego sino la desafiliación, la pérdida de los lazos con un mundo, la expulsión de unas relaciones de reciprocidad donde puedan ser reconocidas y reconocerse y por lo tanto subjetivarse: tornarse sujetos. Si hay algún elemento que subyace a las narrativas de mis informantes no se trata del imperativo del rendimiento, que también, sino de la desafiliación que genera que la presencia del ser entre en crisis perdiendo toda capacidad de agencia (*agency*), de tal forma que el mundo, como en la crisis de la presencia de De Martino (1958), actúa implacablemente en ellos y no ya ellos en el mundo. El «mundo mágico» de los antidepresivos ofrece aquí una posibilidad de conjurar este riesgo.

Bibliografía

Bourdieu, Pierre (1980). *Le sens pratique*. París: Éditions de Minuit.

Bracewell, M. (1993). «Escape Capsule». *The Observer* (Life section), 7 de noviembre de 1993: 30-31.

Csordas, Thomas (1997). *The sacred self: A cultural phenomenology of charismatic healing*. Berkeley: University of California Press.

Castel, Robert (1995). *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard.

Dumit, Joseph (2003). «Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts», *Journal of Medical Humanities*, 24(1-2): 35-47.

Ehrenberg, Alain (1998). *La Fatigue d'être soi – dépression et société*. París: Odile Jacob.

Ehrenberg, Alain (2004). «Le sujet cérébral». *Esprit*, 309(11): 130-55.

Foucault, Michel (2004a). *Sécurité, territoire, population*. Paris: Gallimard.

Foucault, Michel (2004b) *Naissance de la Biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. Paris: Gallimard.

Foucault, Michel (2013). *Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.

Grant, R. (1994). «The Prozac generation». *The Independent on Sunday*, 30 Jan, 12-16.

Han, Byung-Chul (2012 [2010]). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder Editorial.

Han, Byung-Chul (2014 [2014]). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder Editorial.

Jenkins, Janis H (2010). «Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment». En: Jenkins, Janis (ed.), *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. New York: School for Advanced Research Press/ SAR Press, 17-40.

Kramer, Peter D. (1993). *Listening to Prozac*. New York: Viking.

Lévi-Strauss, Claude (1978). *Myth and meaning*. London & New York: Routledge.

Martínez-Hernáez, Angel (2006). «La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones», *Política y sociedad*, 43(3): 43-56. [Consultado el 10/12/2016].

Martínez-Hernáez, Ángel (2007). «Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions. Biopolitiques, antidépresseurs et autres "sorcelleries" du capitalisme tardif en Catalogne». *Socio-anthropologie*, 21: 69-86. [Consultado el 10/12/2016].

Martínez-Hernáez, Angel (2010). «A Medicalização dos Estados de Ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das afliçôes». En: Caponi, Sandra *et alii* (eds.), *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria famacêutica*. Palhoça: Unisul, 111-134.

Martínez-Hernáez, Angel (2014). «La cerebralización de la aflicción. Neuronarrativas de los consumidores de antidepresivos en Cataluña». *Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 4346-4355 [Consultado el 10/12/2016].

Martino, Ernesto de (1958). *Il mondo magico: prolegomeni a una storia del magismo*. Milano: Edizioni Scientifiche Einaudi.

Marx, Karl (1976). *Capital, A Critique of Political Economy*. Londres: Penguin Books.

Nuland, SB. (1994). «The Pill of Pills», *New York Review of Books*, 9 de junio de 1994, 4-6.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014). *Health at a Glance*, *2013*. *OECD Indicators*. París: OECD. [Consultado el 10/12/2016].

Ortega, Francisco (2010). *El cuerpo incierto: corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: CSIC.

Ortega, Francisco; Vidal, Fernando (2007). «Mapping the cerebral subject in contemporary culture», *RECIIS-Electronic Journal of Communication Information & Innovation in Health*, 1(2): 255-259.

Ortega, Francisco; Vidal, Fernando (eds.) (2011). *Neurocultures: glimpses into an expanding universe*. Berlin: Peter Lang.

Rabinow, Paul (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.

Rimer, S. (1993). «With millions taking Prozac, a legal drug culture arises», *New York Times,*13 de diciembre de 1993: A1-B8.

Rose, Nikolas (2003). «The neurochemical self and its anomalies». En: Ericson, Richard; Doyle, Aaron (eds.), *Risk and mortality*. Toronto: University of Toronto Press, 407-432.

Rose, Nikolas, Novas, Carlos (2004). «Biological Citizenship». En Ong, Aihwa; Collier, Stephen (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 439-63.

Rose, Nikolas (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.

Rose, Nikolas; Abi-Rached, Joelle (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.

Toufexis, A. (1993). «The personality pill», *Tim*e, 11 de octubre de 1993: 53-54.

Vidal, Fernando (2009). «Brainhood, anthropological figure of modernity», *History of the Human Sciences*, 22(1): 5-36.

EL CUERPO SILENCIADO: REFLEXIONES SOBRE LOS ITINERARIOS CORPORALES DE LA LOCURA [1]

Martín Correa-Urquiza
Medical Anthropology Research Center
Universidad Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: Toda consideración sobre el cuerpo está ausente en la aproximación clínica al sufrimiento mental. En la mayoría de los casos, este es poco más que el receptáculo del compuesto sintético que intenta neutralizar las variantes sintomatológicas del sujeto. En un hipotético trayecto biográfico, el cuerpo es primero el territorio desplegado y extremo desde donde se pronuncia el signo de la llamada locura. Allí se manifiesta el «aullido». Poco a poco, y a partir del momento del diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico, el cuerpo acusa una serie de transformaciones específicas y variadas. En este articulo intentaremos analizar los itinerarios y moldeamientos corporales —formas y des-formas— que se producen desde ese momento. La hipótesis de partida es la idea de que dichos itinerarios pueden pensarse; por un lado, como consecuencia de una aproximación a la aflicción centrada en la dimensión medicamentosa (con sus efectos primarios y secundarios), y, por otro, como consecuencia del estigma. Hablamos de un cuerpo arqueado, retorcido, lento y obligado al camuflaje; de un cuerpo tenso, tembloroso, dubitativo, obeso, que no es ya el cuerpo de la locura, sino el de aquello que los «otros» hacemos con ella. Hablamos de un cuerpo que comunica «ausencia», «vacío». Este texto intenta a la vez, profundizar en los determinantes de esa corporeidad. Es parte de una investigación más amplia desarrollada durante ocho años en asociaciones y colectivos de personas diagnosticadas de problemas de salud mental en Barcelona. Se construye sobre la base de sus narrativas, de una serie de

1 Una parte de las entervistas y conceptos proceden de las emisiones de Radio Nikosia [Consultado el 10/12/2016], la primera emisora realizada por personas con sufrimiento mental grave en Cataluña y en el Estado Español. Véase también Correa Urquiza (2015).

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 321–338. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

reflexiones que intentan pensar aquello que se ha impreso en sus cuerpos a partir del diagnóstico.

Palabras clave: cuerpo, locura, sufrimiento mental, corporeidad, estigma, psicofármacos.

The silenced body: reflections on the bodily itineraries of madness.

Abstract: Any consideration of the body is absent in clinical approaches to mental suffering. In most cases, the body is seen merely a receptacle for the synthetic compounds prescribed to neutralize symptoms, and the physical territory in which the signs of madness manifest themselves. Gradually, however, following diagnosis and the initiation of psychiatric treatment, the body undergoes a variety of transformations specific to its new situation. This paper analyzes the ensuing bodily itineraries, the shaping (and deforming) of the body, its attitudes and ways of being. The starting hypothesis is that these itineraries may be studied both as a consequence of the primary and secondary effects of a medication-centered approach to treating mental affliction, and as a consequence of stigma. The body is bent, twisted, slow of movement, and in constant need of camouflage; tense, tremulous, hesitant, obese, often impotent: no longer the body of madness but the body of what others have done with madness. This study of the determinants of how madness becomes embodied forms part of a broader action research project spanning eight years with associations and mutual help groups of persons diagnosed with mental health problems in Barcelona. The analysis emerges out of their lived experience of the body, narratives, and reflections about what has been inscribed on their bodies from the moment of diagnosis.

Keywords: body, psychiatry, stigma, madness, embodiment, mental suffering, psychotropes.

El silencio y la química

El ámbito de las aflicciones en salud mental y el de las tecnologías actuales dispuestas desde la biomedicina para intentar abarcarlo y aliviarlo no está exento de contradicciones. A nuestro entender en los últimos años y, a pesar de los esfuerzos consumados con el objeto de humanizar y sensibilizar los denominados tratamientos psicofarmacológicos, poco hemos logrado a la hora de acercarnos a la posibilidad de desentrañar la complejidad significativa de las circunstancias que aún rodean al sufrimiento. En ocasiones no hemos hecho otra cosa que modificar lo que podríamos denominar como una cierta escenografía de los tratamientos, aquella «arquitectura» de la aproximación; corriendo riesgos de apenas re-pensar el engranaje de los vínculos, las consecuencias iatrogénicas de las prácticas efectuadas y sus nombramientos, así como las de sus dinámicas y significaciones profundas. Hablábamos de ello en un artículo anterior (Correa Urquiza *et alii*, 2006) que intentaba poner luz sobre la necesidad de abrirnos a lo que la realidad de los sujetos nos comunica a fin de evitar reproducir aquellas viejas inercias asistenciales del modelo manicomial que aún pueden rastrearse sin dificultad en ciertas prácticas y dispositivos relativos al campo de la salud mental. En este contexto, uno de los elementos que más llama la atención es el lugar al que continúa relegada toda consideración sobre el cuerpo. En la aproximación clínica al sufrimiento mental, el cuerpo no es sólo parte de las des-consideraciones posibles; en la mayoría de los casos, éste es poco más que el receptáculo del compuesto sintético que intenta neutralizar las variantes sintomatológicas del sujeto y el elemento de referencia para observar efectos y consecuencias de los neurolépticos. Si pensamos en un hipotético trayecto biográfico, el cuerpo puede ser leído primero como territorio desplegado y extremo desde donde se pronuncia el signo de la llamada «locura»,[2] es el cuerpo del doloroso exabrupto. Allí se manifiesta el «aullido». Se corporiza el dolor. Luego es más bien la matriz del apaciguamiento, de la lentitud lograda y festejada como suceso por un modelo de aproximación clínica en donde el sujeto queda al margen de sí mismo. El cuerpo en la locura es hoy corteza vacía a apaciguar a costa del propio cuerpo; el cuerpo es sin cuerpo, es el pantano, el estanque al

2 Utilizo aquí «locura» como categoría profana. En la mayoría de los dispositivos y prácticas en donde he realizado trabajo de campo este es un concepto elegido en contraposición a la noción de enfermedad mental utilizada por la biomedicina.

que se le ha ido arrebatando el oxígeno. Es el cuerpo de la asfixia, allí en donde quizás ya ni tan sólo suceda la vida.

El silencio otorgado y convocado como única opción posible para el decir y actuar de los individuos en relación a sus propias aflicciones y a las terapéuticas adyacentes, de infinitas formas y des-formas se transcribe en el cuerpo. La colonización de la subjetividad se encarna, deriva y es al mismo tiempo en tanto colonización y cuestionamiento a una manera de percibir el mundo. A una forma de ser y estar corporalmente en el mundo. Hablamos entonces de un «no ha lugar» del *self* que se materializa, produce y resulta en una corporalidad escindida, físicamente escondida, desarmada, estancada. En el cuerpo se materializa no sólo el sufrimiento sino el silencio y la química.

Sin embargo, este cuerpo en tanto anclaje de la subjetividad (Merleau Ponty, 1975) puede ser pensado no sólo como receptor de los hechos sociales, sino a la vez como productor de diferencia. El cuerpo actúa, responde en relación a lo que socialmente hacemos con él (Csordas, 1990). El cuerpo en la locura, recibe y produce, sufre y construye en un proceso continuo y dialéctico, una particular manera de padecer y construir un mundo.

En este texto intentaremos analizar los itinerarios y moldeamientos corporales («formas y des-formas») que se producen, de alguna manera buscamos des-encriptar lo que esos cuerpos comunican desde esa «asfixia» vivida, «leer» lo que la opresión imprime. La hipótesis de partida es la idea de que dichos itinerarios pueden pensarse por un lado como consecuencia de una aproximación a la aflicción centrada en la dimensión medicamentosa (con sus efectos primarios y secundarios), y por otro como parte de las consecuencias ligadas a las maneras a través de las cuales opera la dimensión *sickness* (Kleinman, 1988) en este ámbito. Hablamos de un cuerpo arqueado, retorcido, lento y obligado al camuflaje; de un cuerpo tenso, tembloroso, dubitativo, obeso, que no es ya el cuerpo de la locura, sino también el de aquello que los «otros» hemos hecho y hacemos con ella. Intenta a la vez, profundizar en los determinantes de esa corporeidad. Es parte de una investigación más amplia desarrollada durante ocho años en asociaciones y colectivos de personas diagnosticadas de problemas de salud mental en Barcelona. Entidades que intentan desligarse de las aproximaciones tradicionales derivadas de los modelos asistencialistas y que se articulan en tanto «prácticas emancipadoras de la subjetividad velada» (Bergero, 2014). Prácticas articuladas desde las lógicas de la participa-

ción colectiva que se constituyen colocando el eje de sus funcionamientos en la creación, desarrollo y sostén de lo que hemos denominado como «contextos de posibilidad para la diferencia» (Correa-Urquiza, 2015), contextos liminares con respecto a la semántica y la taxonomía clínica. Partimos entonces de una aproximación etnográfica a los saberes y realidades que surgen desde los propios sujetos de la aflicción. El texto se construye sobre la base de sus narrativas, de la observación y de una serie de reflexiones que intentan pensar con ellos/as aquello que se ha impreso en sus cuerpos a partir del diagnóstico y qué es lo que ellos/as han hecho con aquello que les ha sido «dado». Durante el proceso de investigación, si inicialmente la intención era des-encriptar significados a partir de los discursos expuestos, con el paso del tiempo fuimos observando en el cuerpo la materialización de un campo empírico de observación de resultados a la hora de comprender la impronta social y química sobre la locura. En otras palabras, el cuerpo es aquí el lugar per-se, es el sujeto/objeto que «narra» y en donde es posible analizar y comprender las consecuencias reales de la asfixia, así como las estrategias puestas en juego en el desesperado y constante intento por recuperar «oxígeno», autonomía y un cierto grado de libertad.

Cuerpos y capturas

En un cierto punto podría pensarse que aquel cuerpo estacionario, sonámbulo interno del que hablaba Antonin Artaud (1947), el cuerpo/larva que mencionaba como producto del electrochoque y de las intervenciones mecánicas sobre la alteridad de la locura, ha sufrido modificaciones. Pero no es así. Las aproximaciones al sufrimiento mental han cambiado en términos higiénicos quizás, han modificado el eje de su materia; del encierro como única alternativa, la terapia insulínica y las descargas eléctricas, hemos pasado a una aproximación fundamentalmente medicamentosa (aunque sin descartar del todo la hoy denominada Terapia Electro Convulsiva), a una reclusión química (Martínez, 1998) y al imperativo de participar de una serie de itinerarios clínico/terapéuticos en los que el individuo, una vez más, es convocado a dejar de lado toda consideración sobre «sí mismo». El modelo de atención y gestión de la salud mental no está exento de las premisas que rigen el «Modelo Médico Hegemónico» (Menéndez, 1984). Por lo tanto, es evidente que el segundo determina en

gran medida el funcionamiento orgánico y las articulaciones a través de las cuales se hace efectivo el primero. Una de las características fundamentales del ejercicio de ambos, y en donde la traslación de metodologías y estrategias se observa más axiomática, es en la llamada unidireccionalidad de la circulación de saberes, fundamentalmente durante el transcurso del episodio clínico. Ángel Martínez (1998) ilustra, en un breve recorrido, la influencia histórica de lo que denomina como «modelo monológico» que, a su vez, como él mismo aclara, es en parte una reconsideración del «sistema de comunicación unilineal» de Kendall, Foote y Martorell. Es decir, un sistema en el que los discursos circulan sólo en una dirección y se caracteriza por la inexistencia del diálogo en favor del monólogo de los saberes expertos que se instalan a su vez en tanto conocimientos absolutos y de objetividad universal.

Así, de diferentes maneras los sujetos de la locura están expuestos a la lógica de los «otros»; y no sólo a través de las articulaciones propias del «Modelo Médico Hegemónico» en las instancias que le son propias, sino a partir de la naturalización de la perspectiva biomédica transformada hoy en eje central de la articulación semántica del estigma en el campo social. El saber experto, que solía fundarse sobre el cuerpo del loco dispuesto en condiciones de pretendido laboratorio durante el encierro, hoy parece haber propuesto y dispuesto una suerte de captura semántica de los sujetos incluso en entornos comunitarios en donde las taxonomías continúan operando y tiñendo las prácticas del tejido social. Al parecer, en estos tiempos enunciados frecuentemente como corolario de las denominadas reformas psiquiátricas, las categorías diagnósticas se articulan desde una cierta apropiación de la identidad de los sujetos inclusive en entornos que no le son propios. Así, pueden observarse abordajes que corren el riesgo de no ser sino una mímica de lo comunitario y que terminan asfixiando semánticamente a los individuos allí por donde circulen. Y esto no sólo es resultado, en ocasiones, de la sobre-medicación como fenómeno que impacta en las improntas corporales e inhabilita su despliegue, sino que estaría ligado también a las necesidades institucionales de continuar nombrando y re-semantizando los espacios sociales desde las lógicas de lo clínico-terapéutico. En otras palabras; puede observarse cómo fuera de las redes relativas al tratamiento de la salud mental, las instancias propuestas para la locura se rebautizan desde las lógicas de la «inclusión», la «asistencia», la «terapia» y la «beneficencia». Hablamos de un abanico taxonómico que hace más sentido a quien las produce y a la necesidad de

articularse —al menos retóricamente— desde el paradigma de la «integración», que a quien de distintas formas intenta consumirlas o participar en ellas. Observamos, de esta manera, cómo aquella corporalidad de la locura continúa cautiva de la taxonomía psiquiátrica devenida en un saber social que opera incluso fuera de los propios ámbitos institucionales. Los sujetos son pensados en tanto «enfermedad total» (Correa-Urquiza, 2015) re-bautizada y recuperada en todas y cada una de las instancias y territorios por donde circulan. El «monólogo» experto y social (Martínez, 1998) imprime sus consecuencias sobre el cuerpo. Quizás uno de los desafíos, —y de esto ya hemos hablado en otras ocasiones (Correa-Urquiza, 2012)—, se abre ante la necesidad de crear espacios naturales, ligados a un cuidado que no patologice, que no identifique al otro en su necesidad o vinculación clínica, sino en la posibilidad de abrirse a un nuevo campo de experimentación o aprendizaje. Ya retomaremos este punto. Sigamos.

Cuerpo de lo físico/orgánico y cuerpo de lo simbólico

Como afirmó en su momento Marcel Mauss (1971), no hay un comportamiento natural en relación al cuerpo. El cuerpo es estructura y acción (Esteban, 2013) y es el receptáculo activo de lo social. La sociedad se inscribe en el cuerpo y las significaciones y capturas sociales sobre la locura no pueden pensarse inocuas a las formas adoptadas, a las manifestaciones experimentadas, a los refugios buscados. Nuestra propuesta es aquí plantear que todo este proceso se materializa y puede ser leído fundamentalmente en tanto resultado ligado a dos variables: Por un lado, hablamos de un cuerpo en términos físico/orgánicos que se altera como producto de la medicación y de las intervenciones de la biomedicina, esto es, hay un cuerpo que modifica su volumen, que pierde o gana peso en exceso; un cuerpo que tiembla, un cuerpo que duda, que acusa excesos de glucosa en sangre, etc… Pero, por otro lado, hay un cuerpo que sufre las consecuencias derivadas de las significaciones sociales de las taxonomías relativas; hablamos entonces de un cuerpo escondido, arqueado, encorvado, retorcido, un cuerpo que intenta olvidarse de sí mismo para desaparecerse con el objetivo último de no estar expuesto a las lógicas del estigma. Digamos que el primero, estaría vinculado al universo de los efectos denominados como no-deseados o secundarios de la medicación psiquiátrica y que intentan paliarse mediante más fármacos que contrarresten con

nuevos efectos (primarios y secundarios) los anteriores. La pesadez y el aletargamiento producido contribuyen al desarrollo de un itinerario vital sedentario, no activo, que genera en muchos casos, obesidad, problemas circulatorios, hormonales, etc.:

> Hacen que las personas se muevan menos y que sus movimientos sean más lentos. Al disminuir los movimientos de los músculos de la cara, la expresividad facial es menor y se desarrolla una especial expresión gestual plana. También se reducen otras respuestas de expresión emocional. Experiencias emocionales como la tristeza y la felicidad son menos intensas y las personas que han tomado estos fármacos describen sentirse emocionalmente aplanadas, indiferentes o insensibles. Los neurolépticos enlentecen el pensamiento y para quienes los toman resulta especialmente difícil hacer cosas por sí mismos. Se describe como una dificultad para «iniciar acciones» e incluso algo tan sencillo como el responder a preguntas puede llegar a ser difícil (Moncrieff, 2013: 65).

Y continua,

> Numerosos estudios que han medido las habilidades mentales de voluntarios que han tomado neurolépticos muestran que estos fármacos retardan o perjudican de alguna manera el funcionamiento mental. Quienes toman una dosis experimentan dificultades de coordinación, atención, aprendizaje y memoria, les cuesta más reaccionar, tienen una mayor latencia de respuesta y movimientos más lentos (Moncrieff, 2013: 66).

Ante esto, los numerosos efectos primarios y colaterales provocados por los neurolépticos pueden rastrearse de distintas maneras en la evidencia de lo corporal. Al mismo tiempo la conciencia del sujeto de su propia situación como nombrado/significado socialmente a través de las etiquetas diagnósticas, y la conciencia de sus sentidos sociales otorgados, podrían pensarse en parte como determinantes de una variante específica de corporalidad ligada a un cierto estar giboso. Resumiendo: nos referimos a dos cuestiones que pueden pensarse como centrales: por un lado, a las intervenciones químico/clínicas sobre el sufrimiento mental que afectan sobre el cuerpo físico/orgánico. Y por el otro, a las significaciones sociales relativas a las etiquetas diagnósticas y sus capturas producidas, que provocan sobre los individuos una necesidad de huida, de escape, de encontrar refugio que se materializa en la frecuente evidencia de los cuerpos encorvados, en la mirada baja, la mirada perdida que parece no encontrar sitio para el reflejo humilde. A estas últimas las denominaremos aquí con-

secuencias sobre el cuerpo de lo simbólico, entendidas estas como una manera a partir de la cual toma forma física el dominio simbólico del estigma. Ambas cuestiones operan de manera simultánea y se superponen en un juego dialéctico e indivisible, haciendo imposible en ocasiones distinguir qué afectación puede explicarse a partir de qué efecto.

Analicemos brevemente algunas de las dimensiones posibles en estas modificaciones, pensemos entonces conceptualmente en algunos de los cuerpos que pueden encontrarse en el cuerpo de la locura. Hay un «cuerpo del sismo contenido». Una de las consecuencias primeras del reiterado abuso medicamentoso son los temblores y con ello, la imposibilidad de pacificar el «ser y estar» en el mundo, y de —por poner un ejemplo— llevar a cabo ciertas tareas ligadas a la motricidad fina. El síntoma evidenciado es un cuerpo que se vuelve dubitativo, «miedoso», tambaleante, ansioso, como si pidiera permiso para existir. Un cuerpo sísmico, siempre a punto de estallar. Joanna Moncrieff (2013) nos recuerda que para el modelo psiquiátrico éste fenómeno intenta explicarse parcialmente desde la noción de «acatisia», un efecto no deseado descripto como un estado de «inquietud intensa» a partir de cual los sujetos se ven «obligados a moverse y experimentan un sentimiento de tensión psíquica o ansiedad» y cuyo mecanismo exacto aún es desconocido.

Para Nacho lo peor fueron siempre los temblores reflejados incluso en el habla y los movimientos involuntarios de una pierna, la inaccesibilidad al «sí-mismo» para controlarlos. Dificultad que sólo pudo apaciguar con una nueva medicación que a su vez traía nuevos efectos secundarios: el exceso de somnolencia, fatiga y una sistemática desconexión con el campo de las voluntades. El suyo es un cuerpo tenso, tensado, tieso, rígido, como con breves y casi imperceptibles espasmos. Decía, durante un programa de Radio Nikosia:

> Lo paso mal, muy mal, malísimamente mal. No, aún peor. El que está al lado me sugiere. Yo ni caso, no lo oigo, no quiero ni puedo oírle. Estoy inmerso en un eterno problema. Están locos,, no me entienden, nadie me entiende, sólo yo. No, tampoco yo me entiendo. Un segundo es una eternidad, dos segundos son dos eternidades, tres segundos son tres eternidades. La vida, como dice la canción, es eterna en cinco minutos. Pero cinco minutos es una eternidad de eternidades. Ella, él y los demás sufren. Yo que soy el loco sufro todavía más. Estoy acompañado pero el afecto no me llega. Todo en mí es un problema irresoluble. No me concentro, no puedo concentrarme en mi problema de imposible de solución. Ni resquicios de luz al fondo. Tampoco de salvación.

> No es un misterio es un problema de imposible solución. El tiempo apremia y el problema debe ser resuelto. Yo no puedo concentrarme. El tiempo ha terminado y el problema ha quedad sin resolver. Una sensación de vacío me invade y el problema persiste. Mientras, mi cuerpo se agita compulsivamente afanándose en la búsqueda de la paz y la tranquilidad pero incapaz de encontrarla (Correa Urquiza, 2015: 125).

De aquí y a partir de su mismo testimonio podríamos pensar a la vez en la existencia de un «cuerpo de la desconexión». Hablamos entonces de un sufrimiento vivido ligado a la dificultad de pensar y actuar en consecuencia, de conectar la voluntad, el deseo con el movimiento corporal. En un sentido similar, Cristina afirmaba en un programa radiofónico que:

> Durante el ingreso, y muchas veces más tarde, jugaba a quemar mis muñecas. No sentía el dolor. Agujereaba mis brazos con la punta de un cigarrillo encendido para tratar de sentir. Para ver si sentía. Si seguía sintiendo. Al principio no entendía por que necesitaba quemarme, pero más tarde me di cuenta que era una manera de mantener una cierta conexión con mi cuerpo que me parecía una entidad totalmente separada de mi. Como si fuera el cuerpo de otra persona. Sólo al quemarlo lo hacía propio. Lo podía entender como propio por que finalmente lo sentía (Radio Nikosia: Programa 03/06/2013).

Cuenta que, durante su ingreso, este acto fue interpretado como parte de un intento de autolesión que llevó a un aumento en la dosis de medicamentos. Para ella habría de ser entendido en tanto resultado de la insensibilización, de la neutralización en la relación cuerpo-mente como efecto derivado de los mismos neurolépticos y, al mismo tiempo, como un intento desordenado, aturdido por su parte de recuperarse del auto-olvido. En gran parte de las personas sobre-medicadas la desconexión con el dolor —y con las emociones en general— aparece como elemento frecuente que forma parte incluso de los extensos prospectos adjuntos al fármaco. Decíamos anteriormente que, en ocasiones, para el modelo biomédico el objetivo de las aproximaciones se centra en la búsqueda de una cierta estabilidad en el sujeto, pero el problema radica en las consideraciones a partir de las cuales se presupone o re-significa dicha estabilidad. A raíz de lo observado podríamos pensar que se trata de una estabilidad en términos de estanque, de quietud amorfa que va perdiendo entidad a raíz de su propia quietud impuesta como noción falaz de cura. La metáfora sería la del pantano, asfixiado, sin oxígeno, en donde quizás ya ni tan sólo sucede la vida. En ocasiones Nacho y Cristina dan forma en sus cuerpos a esa metáfora.

Ramón nos brinda otro ejemplo. Él tuvo en una ocasión que recurrir a urgencias hospitalarias por una afonía repentina que no cesaba. En el hospital descubrieron un hueso de pollo cruzado en su garganta. Un hueso que él no había detectado y que no recordaba haber comido pero que estaba generando una interferencia en la acción natural de sus cuerdas vocales.

A su vez, la dificultad para mantener relaciones sexuales debido al efecto neutralizador de los psicofármacos es algo que también suelen denunciar los sujetos. Problemas de erección, erotización, eyaculación son con frecuencia parte de los plantamientoss que realizan en este sentido, lo que nos llevaría también a pensar esta desconexión en tanto generadora de un cuerpo asexuado, híbrido, impotente, interrumpido.

Lo mismo le sucede a Jesús. Pero en él se vislumbra más notoriamente la existencia de un «cuerpo de la huida»: no mira a los ojos de sus interlocutores, casi nunca, y pide permiso para hablar, disentir, afirmar. Mira siempre al suelo. Tiene la boca seca. Jesús es desde el diagnóstico un individuo de movimientos lentos, pero lejos de la pausa calma de un hipotético monje budista, es más una lentitud incierta, también temblorosa y dubitativa, que no llega a ninguna parte. Una lentitud de ojos escurridizos, de miedo a ser, a estar, al rechazo, a caerse en la próxima esquina. Pau intentaba en una conversación compartir con Jesús las razones que lo llevan a esa huida: «Es que estamos todo el tiempo pendientes de tener que vestirnos de sociedad para poder estar en sociedad. Y como no somos como la sociedad espera que seamos, pues nos queda escondernos. O brotar.» Más adelante continuaba, «prefiero sentir el dolor y el sufrimiento a la invalidez emocional de las pastillas. Prefiero el dolor, el placer, el reír y volver a llorar, antes que la muerte emocional de las pastillas. Frente a la vida petrificada, aunque me cueste la vida, prefiero poder correr, amar y sentir».

Silvia se encuentra frecuentemente en una situación parecida. Pinta y repinta sus ojos en un intento por camuflar la tristeza y transformar la desidia, por darle un «brillo» buscado. Retoca el diseño, intensifica el rímel y engrosa sus pestañas cada veinte minutos. Cada día suele preguntar a sus amigos y conocidos si ven que su mirada se va recuperando poco a poco. Para ella, allí se asientan su preocupación y la posibilidad de vislumbrar una salida. «Cuando los ojos estén bien, estaré bien» dice, y continua:

> Porque a mi lo que me preocupan son mis ojos. Desde que empecé con esto de la medicación, mi mirada ha cambiado. Le falta brillo, le falta alegría, es vidriosa, parece como si siempre estuviese con miedo. Y no me gusta que los demás vean esta mirada que yo me veo en el espejo. No reconozco me reconozco cuando me miro a los ojos. No son mis ojos (Radio Nikosia: Programa 12/10/2014).

En esta misma línea podemos pensar también en la existencia de un «cuerpo arqueado», doblado, que se esconde y no puede erguirse. Otra informante, Eugenia llegó a una entrevista, tras un ingreso, absolutamente torcida, inclinada hacia un lado y hacia adelante, apenas podía hablar. Sus músculos y huesos parecían haber remodelado la estructura original cuerpo. Las manos estaban siempre agarrotadas. Eugenia dice que camina mucho por las calles cuando sufre, no mira a los ojos de nadie. Se escapa, huye de los ojos puestos en los ojos. Teme las miradas. Teme que la vean así. Para ella no mirar es quizás una manera de invisibilizarse, de pasar desapercibida. De desarrollar una suerte de no-lugar a su alrededor, de ser ella el cuerpo de una transición constante que le permita el refugio. Bebe café y bebidas energizantes, lo único que le permite, en sus palabras, llevar una vida mejor, o al menos más acorde a sus expectativas. Eugenia ingresó hace poco en un grupo de des-intoxicación de bebidas energizantes. Los efectos paralizantes de la medicación sobre su cuerpo comenzaron a disminuir levemente con el paso de los meses, pero durante un tiempo no pudo sino resignarse a caminar de lado. Sufrió también la caída de uno de sus dientes incisivos lo que le define un aspecto que perturba su imagen social y ante lo cual decidió por ahora no hacer más nada.

Otro de los síntomas más notables y frecuentes de la acción de los neurolépticos es el aumento indiscriminado del peso. Nos lleva a pensar en la aparición de lo que podríamos denominar como un «cuerpo de la desmesura». De hecho, los desajustes metabólicos y los hormonales están considerados como uno de los efectos más habituales entre los consumidores de neurolépticos. Decía Almudena que,

> El cuerpo es donde somatizo el dolor. La mente, cuando ya no puedo más, me hace olvidar del cuerpo. A mi, llegó un momento que me daba igual el cuerpo. Pero después resulta que nos angustian los cambios abruptos del cuerpo. Yo engordé. Me aparecen quistes. Siento el vacío en el estómago. Adelgazo por la angustia, pero a la vez me empiezo a hinchar a partir de la medicación y eso no facilita mi vida social digamos. Además, con respecto al cuerpo, lo que

> más hago yo es la autolesión. Y entonces, en verano tengo que ir con los brazos tapados por que me mira todo el mundo (Entrevista: 12/02/2015).

Almudena corta sus brazos cuando no puede más, ya no como en intento de suicidio, sino como estrategia creada para frenar el *loop*, la circularidad del pensamiento destructivo. Cortarse es su manera de salir del ensimismamiento y acabar ingresada en urgencias, medicada, y circunstancialmente salvada de sí misma. Afirma que «en un momento entendí que no me corto por querer cortarme sino para poder cambiar de tema en mi cabeza, para poder frenar lo irrefrenable y que sea el ingreso el que me suspende y aparta de mi».

En ocasiones, encontramos lo que podríamos nombrar como un «cuerpo de la fractura»*;* un cuerpo roto; literalmente. Oscar recibió medicación antipsicótica desde los diez años. En un momento y a raíz del tratamiento, uno de los efectos secundarios posibles, se transformó en primario, la sinestesia tardía. Se manifestaba en forma de una serie de abruptos movimientos involuntarios en uno de sus brazos y un temblor constante en las extremidades. Según le confirmaron en su momento, el problema sólo podía ser resuelto a partir de la introducción en el tejido cerebral de un estimulador desde donde pudiesen regularse las conexiones entre la extremidad y el cerebro. Se trataba de un dispositivo electrónico en pruebas que utilizaba un centro emisor ubicado a la altura de la ingle y que podía encenderse o apagarse dependiendo de la necesidad de la persona y de la intensidad en los movimientos generados de manera involuntaria. Oscar se sometió una operación compleja y finalmente le insertaron el emisor junto a un cableado correspondiente que recorría su cuerpo. El estimulador no funcionó como se esperaba y hubo un momento en el que quedó inutilizado. Oscar continúa con esos dispositivos dentro. Su cuerpo se ha ido arqueando como producto de la sinestesia y de las mismas intervenciones. Camina de lado. Ha engordado. Olvida ducharse.

El rápido envejecimiento de la piel es otra de las consecuencias observables del consumo de neurolépticos. Silvia hablaba de las consecuencias ligadas al rápido deterioro de su piel que a los treinta años se volvió porosa, ajada. Afirmaba en un programa de radio que,

> Una vez me inscribí en un taller de maquillaje. Las primeras sesiones que fueron más de ideas e historias, fueron bien. Pero más tarde todo el turno de maquillarnos mutuamente para hacer prácticas. Nadie quiso hacer prácticas sobre mi cara, y no es tan monstruosa mi cara como me hacían sentir.

> Tiene poros grandes y es como rugosa, pero no es monstruosa. La medicación la hizo envejecer, pero no es monstruosa (Radio Nikosia: Programa 27/05/2014)

Cambiando un poco el foco, es pertinente observar aquí que los frecuentes intentos de homogeneizar el cuerpo, o de pensarlo exclusivamente a partir de ciertos patrones hegemónicos como forma de entender la salud por parte de la biomédicina, suele transformarse en una práctica que elimina la subjetividad y la posibilidad de la diferencia. En cierta ocasión Txell se acercó llorando a una actividad de la radio por que había sido amenazada por su médico de cabecera. Debía aumentar de peso en dos semanas o la ingresarían. Se encontraba en un momento de gran estabilidad emocional; pero su peso, un poco por debajo de los patrones de normalidad para su edad, se transformaron en una intimidación; de no revertirse la situación iría internada. Su constitución es delgada, desde siempre, pero para el profesional de turno este era un elemento patológico que debía corregirse mediante la intimidación. En ocasiones la consideración de que un cuerpo ha de ser de una cierta manera para ser pensado como saludable se articula como una de las pocas ocasiones en las que el cuerpo es tenido en cuenta o contemplado por los saberes expertos. De esta manera la imposición de una idea de «cuerpo saludable» puede devenir en discurso de amenaza.

Está claro que no haremos aquí un decálogo de todas las consecuencias corporales, ni entraremos aquí ya en el detalle de las probadas alteraciones orgánicas fruto de los problemas derivados de la diabetes, del aumento del colesterol, de las arritmias cardíacas y del abanico de desordenes hormonales que pueden padecer. Tampoco las «reducciones cerebrales» como producto del abordaje medicamentoso:

> Varios estudios recientes sugieren que el uso de neurolépticos a largo plazo se acompaña con una reducción de células de la masa cerebral y el correspondiente incremento en el volumen de las cavidades del cerebro o ventrículos…De nuevo, hay poca investigación sobre cómo la exposición a fármacos psiquiátricos a largo plazo puede afectar directamente a las células nerviosas del cerebro, y los mecanismos de algunos de sus efectos son desconocidos. (Moncrieff, 2013: 45)

Somos conscientes de que aún podríamos entrar en un análisis de mayor especificidad sobre la complejidad de las consecuencias corporales, pero lo que hemos intentado es un acercamiento, desde las narrativas y

desde lo que los cuerpos comunican, que nos permita interpretar dichas transformaciones en tanto producto de esas dos variables —química y social— interactuando y superponiéndose constantemente.

Y sin embargo actúan

Está claro que el cuerpo de la locura no coincide con los ideales hegemónicos; pero esas des-formas que allí lo posicionan, a nuestro entender, no surgen tanto de la naturaleza orgánica o de sus predisposiciones morfológicas patológicas, sino de la aproximación y el esfuerzo dedicado a asfixiar el síntoma como elemento sustancial que sostiene una ilusión de terapéutica relativa o al menos cuestionable, y de la opresión social derivada de una manera específica de pensar y significar el sufrimiento mental. De esta manera, si desmenuzamos estas dos cuestiones podemos observar que las circunstancias que operan sobre el cuerpo de la locura pueden entenderse en tanto resultado de, al menos, otros siete elementos: *a)* La prevalencia hegemónica de una aproximación medicamentosa, sus efectos paralelos y sus excesos posibles; *b)* La omnipotencia del modelo psiquiátrico instalado socialmente como razón absoluta por oposición a la supuesta «enfermedad total», o a la sin-razón absoluta de la locura; *c)* La ausencia de una articulación sistemática y oficial de contextos de posibles, instancias y espacios de autorización para el decir y estar más allá de las taxonomías y la semántica biomédica;[3] *d)* La colonización de la subjetividad, y particularmente del campo de los nombramientos relativos a sí mismos y las des-personalizaciones consecuentes; *e)* La naturalización de las prioridades de la enfermedad objetivada por sobre la aflicción vivida; *f)* La interiorización de una desautorización y deslegitimación para el decir y actuar por parte de los propios sujetos; *g)* La asfixia derivada.

Por otro lado, la comunicación, como parte del tejido de la inter-relación entre individuos está de alguna manera sometida a las condiciones corporales, a las posibilidades de los sujetos de articular un discurso desde un cuerpo que lo sustente —al menos como caja de resonancia—. Todas estos elementos y variables mencionadas que atraviesan la expe-

3 Existen espacios y dispositivos que funcionan en esta línea como veíamos al principio del artículo, pero no se constituyen como el eje central de las políticas de salud en éste ámbito. *Radio Nikosia*, la *Cooperativa Aixec*, intentan en su tarea cotidiana se constituyen desde el intento por encarnar algunas de estas prácticas.

riencia corporal cotidiana de los sujetos del diagnóstico, no pueden pensarse sino como «ruido» en sus opciones comunicativas, como un tipo constante de interferencia que empaña su relación con el mundo, que los ubica permanentemente en el plano de la desautorización y la desidia. Al mismo tiempo, esas condiciones corporales desde su aparente silenciamiento están constantemente comunicando, diciendo, gritando lo atroz de la opresión vivida. A nosotros, espectadores, quizás nos corresponda el reto de aprender a descifrar lo que esos cuerpos «dicen» para intentar transformar las condiciones que allí operan. Habremos de estar atentos a lo que nos comunica su presencia «desgajada» y «sombría». El cuerpo evidencia la lentitud y el quiebre, y es allí en donde se hace visible a su vez la condición de enfermo. Esta aparece ya no en el «aullido» de la locura que nombrábamos al principio, sino en las condiciones corporales que resultan de las aproximaciones al sufrimiento. Por lo tanto, el cuerpo comunica socialmente el argumento en donde se fundamenta y articula el estigma.

Si bien es cierto que es sobre el cuerpo que se ejerce una violencia institucionalizada, incluso fuera de los ámbitos tradicionales, es este un cuerpo que refleja y acusa la metabolización de lo social, pero es al mismo tiempo en tanto productor de resistencias, acomodamientos, supervivencias que lo constituyen y articulan como de entidad de subjetivación. El cuerpo ya no es tanto un receptor en donde se deposita la existencia, sino productor de posibilidades: los cortes de Almudena como agentes de distracción o desencaje del *loop*, los cigarrillos apagados sobre los brazos de Cristina, la adicción a la bebida energizante de Eugenia, la huida de Jesús, los intentos de Pau «por vestirse de sociedad», pueden pensarse como dimensiones de una capacidad de *agency*; aturdida, titubeante, pero *agency* al fin. Como una manera de dar respuesta a la propia condición de sujeto tomado por ciertas condiciones de existencia silenciada. De hacer algo con lo dado.

Así, en nuestro caso, es tan observable lo que le sucede al cuerpo, lo que se hace con el cuerpo, como lo que los cuerpos hacen como construcción subjetiva para abrirse paso en el campo de sus posibilidades de existencia. Ante esto es necesario plantear que si las lógicas, aún en parte manicomiales, parecen empeñarse en suspender la subjetividad en contextos sociales a partir de atiborrar de semántica clínica los espacios naturales de la sociabilidad. Es allí en donde se vuelve necesario actuar, recuperando territorios, repensando los vínculos, los roles, ventilando de sentidos biomédicos los espacios comunitarios, provocando instancias que faciliten una recuperación de cuerpo y palabra ligada a la recuperación de espa-

cios, contextos en donde re-apropiarse de la subjetividad. Instancias en donde revertir las condiciones de producción de la opresión, cambiar la condición de cuerpos dóciles. Dice Bergero retomando a Merleau Ponty que este,

> ofrece la posibilidad de pensar prácticas de re-subjetivación, promoviendo los espacios de apropiación de si mismo que nada ya tienen que ver con la capacidad de pensar de si (del conócete a ti mismo) propio del sujeto racional moderno, que sólo se suponía dueño de sí a partir del dominio de su pensamiento (Bergero, 2014: 92).

Y continúa:

> En este sentido el cuerpo vivido de la fenomenología merleau-pontyana es no sólo depositario de los discursos y prácticas sociales sino que tiene en sí mismo la capacidad de un hacer, de un actuar sobre el mundo, de ser agente. En este sentido se vuelve herramienta viva para pensar la capacidad de generar condiciones de apropiación a través de la facilitación de la experiencia del propio cuerpo (Bergero, 2014: 92).

En otras palabras, decir que desde esa desidia, ese estar entregados a las lógicas ajenas, actúa. Accionan mecanismos vinculados y derivados del *habitus* (Bourdieu, 1991), relativos al cúmulo de saberes adquiridos a través de la experiencia, al deseo inmediato y a la necesidad de hacer frente a dolores psíquicos o físicos. No hay sólo una aceptación pasiva, ya que por más que no sean entendidas en términos de rebelión con respecto al mismo esquema que los oprime, existen prácticas que pueden pensarse como procesos y estrategias de acción y reconexión, como una oposición a seguir siendo observados desde una única óptica patológica. La autolesión e incluso la misma decisión extrema del suicidio, «comunican», «dicen» y pueden ser pensadas como una toma de decisión que si bien no puede ser analizada sin tener en cuenta las circunstancias complejas externas que la determinan, continúa siendo un tipo de elección. El cuerpo de la locura puede ser también un lugar de resistencia y autonomía, que quizás no será leído en esos términos pero que de diversas y constantes maneras continúa actuando, denunciando, comunicando la opresión.

Bibliografía

Artaud, Antonin (1947). *Artaud El Momo.* Buenos Aires: Editorial Need.

Artaud, Antonin (1970). *El Teatro y su doble.* Barcelona: Anagrama.

Bergero, Magdalena (2014). «Subjetividad, cuerpo y locura. Los aportes de la fenomenología del cuerpo a la construcción de subjetividad en contextos de en-cierro: pensando marcos epistemológicos, creando prácticas», *Revista Brasileira de Sociología da Emoçao*, 13(37): 80-93.

Bourdieu, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

Correa-Urquiza, Martín (2012). «Nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles». En: Desviat, Manuel; Moreno Pèrez, Ana (eds.) *Acciones de salud mental en la comunidad.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 885-905.

Correa-Urquiza, Martín (2015). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Madrid: Grupo 5.

Correa-Urquiza, Martín; Di Giacomo, Susan (2013). «Radio Nikosia: Mutiny on the ship of fools». En: Araoz, Gonzalo; Alves, Fátima; Jawroski, Katrina (eds.). *Rethinking Madness. Interdisciplinary and Multicultural Reflections.* Oxford: Inter-disciplinary Press, 193-214.

Csordas, Tomas (1990). «Embodiment as a paradigm for anthropology». *Ethos*, 18(1): 5-47.

Esteban, Mari Luz (2013). *Antropología del cuerpo*. Barcelona: Bellaterra.

Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Martínez Hernáez, Angel (1988). «Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII(68): 645-659. [Consultado el 10/12/2016].

Mauss, Marcel (1971). *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

Menéndez, Eduardo (1984). «El Modelo Médico Hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud», *Arxiu de Etnografía de Catalunya*, 3: 85-119. [Consultado 10/12/2016].

Merleau Ponty, Maurice (1975). *Fenomenología de la Percepción*. Barcelona: Península.

Moncrieff, Joanna (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos.*

LOS AUTORES

Josep M. Comelles es Profesor emérito de Antropología Social en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Ex-Director del *Medical Anthropology Research Center* de la URV. Especializado en antropología médica, políticas públicas de salud, profesiones sanitarias e historia de la ciencia. Ha llevado a cabo investigaciones sobre pluralismo asistencial, historia de la medicina y de la psiquiatría y recientemente en *media studies* y educación y promoción de la salud. Correo electrónico: josepmaria.comelles@urv.cat

Enrique Perdiguero-Gil es Catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández (Alacant). Ha llevado a cabo investigaciones sobre la popularización de la medicina en España en la Ilustración y en Cataluña en el primer tercio del siglo xx. Se ha ocupado, desde la historia, de la lucha contra la mortalidad infantil, de las campañas contra el paludismo y de la utilización de los medios de comunicación de masas en salud pública en España. He desarrollado diversos abordajes teóricos sobre el pluralismo médico y la medicina popular combinando la Historia de la Medicina y la Antropología Médica. Correo electrónico: quique@umh.es

Aida Terrón es Profesora Titular de Historia de la Educación de la Universidad de Oviedo. Investiga en historia de la escolarización; de la profesionalización docente; la genealogía de la cultura escolar; la historia del societarismo docente y la perspectiva higienista del currículo escolar. Sobre este último campo ha publicado «La educación sanitaria escolar, una propuesta importada para la escuela española del desarrollismo» (2015). Otras publicaciones son «Associations et sindicats dans l'enseignement; Modificatións des programmes et inertie institutionnelle: Tradition et changement dans le modèle scolaire des classes homogènes» (1998); «¿Recoger y sembrar?: la complejidad de la innovación educativa analizada en un contexto regional. El caso de Asturias» (2007). Correo electrónico: aterron@uniovi.es

Enric J. Novella es Profesor Ayudante Doctor de Historia de la Ciencia en la Universitat de Valencia. Es autor de las monografías *El joven Foucault y la psicopatología* (Berlín, 2008) y *La ciencia del alma* (Madrid/Frankfurt, 2013), así como de numerosos artículos dedicados a la historia

Comelles, Josep M. y Perdiguero-Gil, Enrique (eds.), *Educación, comunicación y salud. perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, p. 339–343. ISBN: 978-84-8424-518-6. DOI: 10.17345/9788484245186

y la filosofía de la psiquiatría, la psicología y la medicina. En la actualidad es Director de Publicaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Correo electrónico: enric.novella@uv.es

Oriol Romani es Doctor en Historia (Antropología Cultural) por la Universidad de Barcelona (1982). Profesor emérito de Antropología Social en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona); Coordinador del Máster Interuniversitario en Antropología Médica y Salud Global (URV-UB-CSIC); Miembro del Consejo Directivo del Máster Interuniversitario en Juventud y Sociedad. Pionero de la antropología de las drogas y de la juventud en España, así como del uso de historias de vida como metodología. Ha realizado investigaciones y estudios sobre salud y usos de drogas (Antropología de la Medicina), muchas de tipo aplicado, y también sobre culturas juveniles, y aspectos de la marginación social (Antropología Urbana). Correo electrónico: oriol.romani@urv.cat

Mabel Gracia-Arnaiz es Profesora Titular de Antropología Social de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y miembro del *Medical Anthropology Research Center* (URV). Ha sido investigadora y profesora visitante en CETIA (CNRS, París), CIESAS (México DF), Université de Toulouse Le Mirail 2, (Toulouse), Durham Universty (Durham, UK) y SOAS, University of London (UK). Entre sus libros destacan *Alimentación y Cultura* (Ariel, 2005), *No Comerás* (Icaria, 2007), *Somos lo que comemos* (Ariel, 2008), *Alimentaçao, Sociedade e Cultura* (Fiocruz, 2011) *y Comemos lo que somos* (Icaria, 2015). Correo electrónico: mabel.gracia@urv.cat

Montserrat García-Oliva es Doctora. en Antropología Social y Cultural. Actualmente contratada como docente-investigadora por la Universidad Ramón Llull de Barcelona. Colaboradora con la Universidad Rovira y Virgili en diversas investigaciones I+D+i. Sus líneas de investigación se centran en temas de envejecimiento, género y alimentación, cuyos resultados han sido divulgados en Congresos y publicaciones a nivel nacional e internacional. Ha realizado estancias y docencia e investigación en universidades de México, Alemania, Ecuador y Chile. Correo electrónico: mgarcia2@peretarres.org

Jordi Farré es profesor y director de la Cátedra Internacional de Excelencia en Comunicación Universitat Rovira i Virgili de Tarragona/Repsol. Es

autor de diversos artículos y libros. Ha liderado varios proyectos de investigación y ha participado en el proyecto *FoodRisC* del 7º Programa Marco de la Unión Europea. Correo electrónicxo: jordi.farre@urv.cat

Jordi Prades es investigador postdoctoral del Departamento de Estudios de Comunicación, de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Analiza los procesos de comunicación de riesgos y beneficios en ámbitos como el alimentario (ha participado en *FoodRisC*) y el ambiental. Es *project manager* de la Cátedra Universitat Rovira i Virgili de Tarragona/Repsol. Su investigación se focaliza en los procesos de comunicación de riesgos y beneficios, en ámbitos como el alimentario y el ambiental.

Helle Kettner-Høeberg es investigadora del Departamento de Estudios de Comunicación de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Su investigación se desarrolla en las áreas del deporte y la comunicación, con énfasis en las grandes carreras ciclistas y sus relaciones con los medios. Correo electrónico: helle.kettner@urv.cat

Magaly Aceves-Martins es investigadora del Departamento de Medicina y Cirugía de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona en la vertiente de Educación y Promoción de la Salud. Su investigación se centra en la mejora de los hábitos nutricionales y estilos de vida de los jóvenes. Correo electrónico: magaly.aceves@estudiants.urv.es

Elisabet Llauradó es investigadora del Departamento de Medicina y Cirugía de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona en la vertiente de Educación y Promoción de la Salud. Su investigación se centra en la mejora de los hábitos nutricionales y estilos de vida de los jóvenes. Además, colabora activamente en estudios clínicos. Correo electrónico: elisabet.llaurado@urv.cat

Lucía Tarro es investigadora del Departamento de Medicina y Cirugía de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona en la vertiente de Educación y Promoción de la Salud. Su investigación se centra en la mejora de los hábitos nutricionales y estilos de vida de los jóvenes y en diferentes ámbitos. Correo electrónico: lucia.tarro@urv.cat

Montse Giralt es Vicerrectora de Evaluación de la calidad de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, y es investigadora de estudios clínicos y proyectos de investigación en Promoción de la Salud.

Rosa Solà es investigadora principal de diferentes estudios clínicos y proyectos de investigación en Promoción de la Salud. Además es jefe clínico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Correo electrónico: rosa.sola@urv.cat

Ignasi Papell-Garcia es *project manager* del CTNS-TECNIO (Centro Tecnológico de Nutrición y Salud), que promueve hábitos saludables de vida y desarrolla ingredientes y productos alimentarios saludables y funcionales.

Anna Sendra Toset es Becaria predoctoral de ASTERISC en el Departamento de Estudios de Comunicación de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Periodista, y Máster en Comunicación Estratégica en la Sociedad del Riesgo por la URV. Actualmente, estudiante del doctorado en Antropología y Comunicación de la URV, dentro del programa *Comunicación y Riesgo*, donde está realizando su investigación acerca de la comunicación institucional, las redes sociales y la información sanitaria en el campo del dolor. anna.sendra@urv.cat

Natalia Lledó Carceller Maicas es Licenciada en Psicología por Universitat Jaume I, especializada en Terapia Familiar Sistémica y Drogodependencias. Licenciada en Antropología Social y Cultural, Máster en Antropología Médica y Salud Internacional por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Investigadora miembro del GRIAFITS y del *Medical Anthropology Research Center*, APA, SSRN, QuAFE, ICA, MAYS y Red Latinoamericana de Metodología en Ciencias Sociales. Técnica de participación juvenil, Generalitat de Catalunya. Actualmente estudiante Doctorado Antropología en URV. Correo electrónico: natalia.carceller@urv.cat

Lluïsa Llamero es doctora en Comunicación. Sus áreas de interés son los procesos de interpretación de la información digital con un enfoque de epistemología social. Trabaja sobre ámbitos especializados (salud y medicina) y generalistas (periodismo y divulgación). Es miembro del *Digilab: Media, Strategy and Regulation* de la Universitat Ramon Llull y colabora-

dora del *Medical Anthropology Research Center* de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y del *Grup de Recerca Comunicació i Salut del Institut de la Comunicació* de la Universitat Autònoma de Barcelona (InCom-UAB). Correo electrónico: lluisallamero@gmail.com

Ilaria Cover es doctora en Antropología por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Ha realizado su trabajo de campo en un hospital psiquiátrico público egipcio, analizando la experiencia de institucionalización de un grupo de mujeres internas. Sus intereses abarcan desde la antropología médica y la etnopsiquiatría hasta la antropología simbólica y el arte. Correo electrónico: ilaria.cover@gmail.com

Ángel Martínez-Hernáez es Profesor Titular de Antropología Social en le Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Entre sus publicaciones destacan los libros: *What's behind the symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding* (Harwood, 2000) y *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfeermedad* (Anthropos, 2008). Correo electrónico: angel.martinez@urv.cat

Martín Correa-Urquiza es Doctor en Antropología Médica y Salud Internacional (Universidad Rovira i Virgili de Tarragona), Master en Antropología Social (Universidad Autónoma de Barcelona) y Licenciado en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires). Es profesor investigador en la Universidad Rovira i Virgili y en la Universidad Oberta de Catalunya. Es Co-director y Coordinador del Posgrado de Salud Mental Colectiva (URV-FCCSM) y en el mismo Posgrado en su edición UOC/URV. Trabaja, a la vez, como asesor en proyectos de participación y construcción colectiva de procesos de salud y vida en el campo de la diversidad funcional y la salud mental. Es miembro Fundador y Co-coordinador de la Asociación Socio Cultural Radio Nikosia. Correo electrónico: marthuc@yahoo.com

El propósito de este libro es aportar elementos a la reflexión sobre comunicación, educación y salud desde las ciencias humanas y sociales; Dicha reflexión resulta vital, ahora más que nunca, teniendo en cuenta la enorme expansión de medios de comunicación como la televisión o los basados en las tecnologías 2.0, que permiten que el acceso a los conocimientos sobre salud sea ubicuo. El origen del presente libro es el encuentro que se celebró, en septiembre de 2015, en la Escuela de Salud Pública de Menorca sobre «Educación, promoción de la salud y comunicación. Perspectivas desde la historia y las ciencias sociales». Los diferentes capítulos provienen de la labor de investigación de diversas disciplinas: Antropología Social, Communication Studies, Historia de la Educación e Historia de la Medicina, lo que permite tener una visión amplia y variada de los complejos factores que intervienen en los procesos de educación y comunicación sobre salud.





